CLIMEPSI
EDITORES

MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

QUINTA EDIÇÃO

DSM-5™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

CLIMEPSI
EDITORES

MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

QUINTA EDIÇÃO

DSM-5™

Editor

Dr. João Cabral Fernades

Comissão Científica

Professora Doutora Maria Luísa Figueira
Professora Catedrática Jubilada da Faculdade de Medicina
da Universidade de Lisboa

Professor Doutor Daniel Sampaio
Professor Catedrático de Psiquiatria e Saúde Mental
da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Dr. Ciro Oliveira
Médico Interno de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Dr. Gustavo Jesus
Médico Interno de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Assistente Livre da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM-5™ | MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS QUINTA EDIÇÃO

First Published in the United States by American Psychiatric Publishing, a Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013. All rights reserved.

Publicado inicialmente nos Estados Unidos pela American Psychiatric Publishing, uma Divisão da American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright ● 2013. Todos os direitos reservados

First Published in Portugal by Climepsi Editores in Portuguese. Climepsi Editores is the exclusive publisher of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition in Portuguese for distribution in Portugal and the PALOP's.

Publicado inicialmente, em português, por Climepsi Editores. Climepsi Editores é o detentor exclusivo dos direitos de edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição em português para distribuição em Portugal e PALOP's.

Tradução
Médicos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Catarina Agostinho
Ciro Oliveira
Filipe Gonçalves
Filipe Vicente
Gustavo Jesus
Joana Teixeira
João Gama Marques
Margarida Bairrão
Nunes de Almeida
Patrícia Pedro
Rafael Costa
Sérgio Saraiva
Vânia Viveiros

Revisão Técnica
Ciro Oliveira
Gustavo Jesus

Revisão
Fernanda Fonseca

Climepsi Editores, 2014
Rua do Vale Formoso, 37 — 1959-006 Lisboa
Tel 211 066 500 **Fax** 211 066 530
Email distribuicao@climepsi.pt
Internet www.climepsi.pt

ISBN 978-972-796-347-8
Depósito Legal nº 382 122/14

Coordenação Editorial
João Costa

Capa
Tiago Oliveira (derivado do design da edição original pela American Psychiatric Publishing)

Paginação
Mário Félix – Artes Gráficas

Impressão e Acabamento
Printer Portuguesa

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Portuguese language and is not responsible for any error, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

A American Psychiatric Association não teve nenhum papel no processo de tradução do inglês para a língua portuguesa da presente publicação, não lhe sendo portanto atribuível qualquer responsabilidade por quaisquer erros, omissões ou defeitos na tradução.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Climepsi Editores.

O uso de qualquer material constante na presente obra tem de ser previamente autorizado por escrito pela Climepsi Editores.

Índice

Classificação do DSM-5 XV
Prefácio XLIII

Secção I
Conceitos Básicos do DSM-5

Introdução 5
Uso do Manual 21
Declaração Cautelar para Utilização do DSM-5 em Questões Forenses 29

Secção II
Critérios de Diagnóstico e Códigos

Perturbações do Neurodesenvolvimento 35
Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas 103
Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas 145
Perturbações Depressivas 183
Perturbações de Ansiedade 223
Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas 279
Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress 317
Perturbações Dissociativas 349
Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas 369
Perturbações da Alimentação e da Ingestão 393
Perturbações de Eliminação 425
Perturbações do Sono-Vigília 433
Disfunções Sexuais 507
Disforia de Género 541
Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento 553
Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas 577
Perturbações Neurocognitivas 707
Perturbações da Personalidade 771
Perturbações Parafílicas 819

Outras Perturbações Mentais 845
Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos 849
Outras Condições Que Podem Ser Um Foco de Atenção Clínica 857

Secção III
Medidas e Modelos Emergentes

Medidas de Avaliação 877
Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas 878
Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 – Adultos 883
Medida de Avaliação Transversal de Sintomas Cotada pelos Pais/Tutores de Nível 1 do DSM-5 – Crianças de 6-17 Anos 885
Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico 887
Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) 890
Formulação Cultural 895
Entrevista de Formulação Cultural (EFC, ou CFI, na Terminologia Anglo-Saxónica) 897
Entrevista de Formulação Cultural (CFI) – Versão para o Informador 901
Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade 907
Condições para Estudo Futuro 931
Síndrome de Psicose Atenuada 931
Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração 935
Perturbação de Luto Complicado Persistente 938
Perturbação de Uso de Cafeína 942
Perturbação de Jogos de Internet 945
Perturbação Neurocomportamental Associada à Exposição Pré-Natal ao Álcool 948
Perturbação de Comportamento Suicidário 952
Autolesão Não Suicida 954

Apêndices

Principais Alterações do DSM-IV para o DSM-V 961
Glossário de Termos Técnicos 973
Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar 989
Lista Alfabética de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM 995
Lista Numérica de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-9-CM 1023
Lista Numérica de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-10-CM 1039
Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5 1063

Índice Remissivo 1087

Prefácio à edição portuguesa

Esta edição do DSM-5, na continuidade das publicações portuguesas das últimas edições do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, da Associação Psiquiátrica Americana (APA), traduz algumas finalidades editoriais muito meritórias: a de fornecer aos leitores o conhecimento atualizado das modernas tendências no diagnóstico psiquiátrico; a de munir os técnicos de saúde mental de um texto, em português, útil para a sua prática clínica e de investigação. A fidelidade ao texto original é garantida pela qualidade da equipa de tradução e pelo conhecimento da nomenclatura psiquiátrica que se foi cimentando desde as edições anteriores (DSM-III, DSM-IV e DSM-IV-TR), traduzidas para português europeu.

Para garantir a fiabilidade do diagnóstico, ou seja, a concordância entre avaliadores, numerosos e extensos trabalhos de campo foram realizados em diferentes contextos profissionais (académicos e de prática clínica). O texto final, sob a direção-geral da Comissão Elaboradora do DSM-5, resultou de um trabalho imenso de colaboração de diversos grupos de trabalho para cada área de patologia mental, da Comissão Coordenadora, da Comissão de Revisão Científica, da Comissão Clínica e de Saúde Pública e do Conselho de Psiquiatria e Direito da APA, entre outras. Um número muito substancial de peritos e consultores cooperou para que o DSM 5 fosse um guia de diagnóstico rigoroso, fiel e útil no plano clínico em diferentes contextos.

O DSM-5 apresenta diferenças substanciais em relação às edições anteriores. Vindo na mesma linha de procura de uma cada vez mais ampla utilidade clínica e de melhoria da fiabilidade dos diagnósticos, acrescentou-se a necessidade de incorporar modernos dados científicos, em áreas tão diversas como as neurociências ou a epidemiologia, com o objetivo de incrementar a validade dos diagnósticos. A questão da validade é um dos problemas centrais da Psiquiatria. Apesar de numerosos estudos científicos, sabemos não existir ainda uma validade biológica que possa fundamentar a grande maioria das categorias diagnósticas. A classificação é baseada quase exclusivamente na catalogação de critérios sintomáticos e no seu agrupamento em categorias consensualmente aceites.

Foi significativa a evolução dos sistemas de classificação implementados pela Associação Psiquiátrica Americana, desde a sua primeira edição (DSM-I) em 1952. Com a evolução dos métodos terapêuticos e o alargamento do âmbito da atividade psiquiátrica, os quadros clínicos modificaram-se consideravelmente. A sintomatologia dos doentes internados com doenças mentais graves começou a ter uma expressão atenuada pelas terapêuticas psicofarmacológicas, deixando de se verificar muitas das vivências e sintomas descritos pela fenomenologia clássica. A maior procura das consultas de psiquiatria por doentes sofrendo de perturbações minor ou no limite da normalidade e de quadros clínicos produzidos por situações de stress, ligadas a mudanças sociais e da vida quotidiana, trouxeram a necessidade de reformular os sistemas de classificação das perturbações mentais. Tornou-se necessário incluir novas síndromes clínicas, operacionalizar os critérios de diagnóstico de modo a aumentar a sua validade e fidelidade, tornar as categorias diagnósticas internacionalmente mais uniformes. É um projeto que tem ocupado uma parte substancial dos esforços da comunidade científica da área da

Psiquiatria clínica, em grupos nacionais ou internacionais em investigações sobre a validade dos instrumentos de diagnóstico, e validação das categorias clínicas em estudos imagiológicos, genéticos e epidemiológicos. Foi com esta perspetiva e com o *desideratum* de contribuir para a prevenção e tratamento precoce das patologias psiquiátricas que foi feita a revisão da classificação que vigorava anteriormente (edição revista do DSM-IV: DSM-IV-TR) e que nasce o DSM-5.

Uma das inovações do DSM-5 foi incorporar critérios dimensionais no diagnóstico. Há muito que era reconhecido que havia agrupamentos sintomáticos que se manifestavam em mais do que uma categoria diagnóstica (por exemplo, depressão e ansiedade), podendo representar vulnerabilidades para diversas perturbações, e que os limites entre algumas patologias ou entre a doença e a saúde mental não estavam rigorosamente estabelecidos. A introdução de dimensões visou a facilitação e a fluidez no diagnóstico e a aproximação à realidade terapêutica, tendo em conta a não especificidade de algumas terapias psicofarmacológicas.

Um segundo aspeto muito relevante foi a adoção de um limiar mais baixo de distinção entre a doença mental e a saúde mental. Condições anteriormente não incluídas nas classificações psiquiátricas como, por exemplo, a Perturbação Neurocognitiva Ligeira ou a Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo passaram à categoria de diagnósticos, a presença de uma situação de luto deixou de excluir o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major.

É neste contexto de alargamento dos critérios operacionais que a classificação do DSM-5 foi objeto de variadas críticas, fundamentadas na maior inclusividade do diagnóstico. Argumentos como o aumento do número de diagnósticos ou como a psiquiatrização de condições normais têm sido aduzidos por vários autores. Refletem preocupações de natureza conceptual e relativas às potenciais consequências práticas no tratamento de situações inerentes à condição humana, não necessariamente rotuláveis de doença mental. No entanto, a realidade empírica tem mostrado que o problema da prática psiquiátrica não é o excesso de diagnósticos, mas o subdiagnóstico, a duração das doenças não tratadas e as dificuldades de acesso ao tratamento por erros de diagnóstico. Temos de esperar pelos resultados da aplicação desta nova classificação para fundamentar ou rejeitar essas críticas, também marcadas ideologicamente por uma visão moderna da antipsiquiatria.

Apesar de um enorme esforço, a validade de algumas classificações e agrupamentos nosológicos é um trabalho ainda em curso e longe de estar concluído. Uma avaliação crítica dos sistemas de classificação atuais leva-nos a admitir que o número e a abundância de categorias nosológicas, em algumas áreas, parecem uma fragmentação excessiva da realidade clínica e não permitem uma visão mais integrada dos vários sistemas perturbados no homem doente. Estes sistemas emergem de uma perspetiva pragmática e ateorética, numa reação à multiplicidade de modelos e de teorias interpretativas e explicativas que tornaram a Psiquiatria da primeira metade do século XX um corpo teórico ideologicamente determinado. Para o avanço científico da classificação em Psiquiatria foi necessária essa depuração da componente teórico filosófica das descrições psicopatológicas. No entanto, pensamos que passada esta fase de um positivismo radical é necessário voltar aos fundamentos da cultura psiquiátrica, utilizar um percurso hermenêutico na procura dos significados e da linguagem atribuída aos sintomas e às doenças, introduzir de novo a dimensão da subjetividade. As categorias diagnósticas não são categorias naturais, mas construções do pensamento e da linguagem. Conduzem a sistemas de classificação categorial insuficientes e que não permitem a captação dos fenómenos psicopatológicos, na sua complexidade. Uma mudança de paradigma de uma classificação puramente categorial para uma aproximação dimensional é uma das vias modernamente utilizadas para ultrapassar os problemas diagnósticos derivados de uma simplificação excessiva dos fenómenos mentais. As dimensões da perturbação associadas às constelações de fatores (físicos, psicossociais e ambientais), às condições determinantes e às suas interações são uma via de investigação da moderna psicopatologia. Esta possibilidade começa a estar refletida no DSM-5.

Esperemos que os leitores e utilizadores desta versão possam dela retirar alguns ensinamentos teóricos e empíricos que apoiam o estado atual da arte de classificar em Psiquiatria.

Professora Doutora Maria Luísa Figueira

Comissão Elaboradora do DSM-5

DAVID J. KUPFER, M.D.
Task Force Chair

DARREL A. REGIER, M.D., M.P.H.
Task Force Vice Chair

William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Research Director*

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
William T. Carpenter Jr., M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Jan A. Fawcett, M.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. *(2009-)*
Steven E. Hyman, M.D. *(2007 2012)*
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007-2011)*
Helena C. Kraemer, Ph.D.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Howard B. Moss, M.D. *(2007 2009)*

Susan K. Schultz, M.D., *Text Editor*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *APA Text Editor*

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Daniel S. Pine, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Maritza Rubio-Stipec, Sc.D.
David Shaffer, M.D.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007-2012)*
William M. Womack, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., *Consultant*

Membros do Grupo de Pesquisa da APA para o DSM-5

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., *Director, Divison of Research*
William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Associate Director*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *Senior Science Writer; Staff Text Editor*
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc., *Research Statistician*

Lisa H. Greiner, M.S.S.A., *DSM-5 Field Trials Project Manager*
Eve K. Moscicki, Sc.D., M.P.H., *Director, Practice Research Network*
S. Janet Kuramoto, Ph.D., M.H.S., *Senior Scientific Research Associate, Practice Research Network*

Amy Porfiri, M.B.A.
Director of Finance and Administration

Jennifer J. Shupinka, *Assistant Director, DSM Operations*
Seung-Hee Hong, *DSM Senior Research Associate*
Anne R. Hiller, *DSM Research Associate*
Alison S. Beale, *DSM Research Associate*
Spencer R. Case, *DSM Research Associate*

Joyce C. West, Ph.D., M.P.P., *Health Policy Research Director, Practice Research Network*
Farifteh F. Duffy, Ph.D. *Quality Care Research Director, Practice Research Network*
Lisa M. Countis, *Field Operations Manager, Practice Research Network*

Christopher M. Reynolds, *Executive Assistant*

Gabinete do Diretor Médico da APA

JAMES H. SCULLY JR., M.D.
Medical Director and CEO

Consultores Editoriais e de Codificação

Michael B. First, M.D.

Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Grupos de Trabalho do DSM-5

Perturbações de Hiperatividade/Défice de Atenção e Perturbações de Humor Disruptivo

DAVID SHAFFER, M.D.
Chair
F. XAVIER CASTELLANOS, M.D.
Co-Chair

Paul J. Frick, Ph.D., *Text Coordinator*
Glorisa Canino, Ph.D.
Terrie E. Moffitt, Ph.D.
Joel T. Nigg, Ph.D.
Luis Augusto Rohde, M.D., Sc.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
Richard Todd, Ph.D., M.D. *(d. 2008)*

Perturbações de Ansiedade, do Espectro Obsessivo-Compulsivo, Pós-Traumáticas e Dissociativas

KATHARINE A. PHILLIPS, M.D.
Chair

Michelle G. Craske, Ph.D., *Text Coordinator*
J. Gavin Andrews, M.D.
Susan M. Bögels, Ph.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Eric Hollander, M.D., *(2007-2009)*
Roberto Lewis Fernández, M.D., M.T.S.
Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
Scott L. Rauch, M.D.
H. Blair Simpson, M.D., Ph.D.
David Spiegel, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Murray B. Stein, M.D.
Robert J. Ursano, M.D.
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Perturbações da Infância e Adolescência

DANIEL S. PINE, M.D.
Chair

Ronald E. Dahl, M.D.
E. Jane Costello, Ph.D. *(2007-2009)*
Regina Smith James, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
James F. Leckman, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Judith H. L. Rapoport, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.

Perturbações da Alimentação e da Ingestão

B. TIMOTHY WALSH, M.D.
Chair

Stephen A. Wonderlich, Ph.D., *Text Coordinator*
Evelyn Attia, M.D.
Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M.
Rachel Bryant-Waugh, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
James E. Mitchell, M.D.
Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Barbara E. Wolfe, Ph.D., A.P.R.N.

Perturbações do Humor

JAN A. FAWCETT, M.D.
Chair

Ellen Frank, Ph.D., *Text Coordinator*
Jules Angst, M.D., *(2007 2008)*
William H. Coryell, M.D.
Lori L. Davis, M.D.
Raymond J. DePaulo, M.D.
Sir David Goldberg, M.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D., Ph.D. *(2007 2010)*
Mario Maj, M.D., Ph.D.
Husseini K. Manji, M.D. *(2007-2008)*
Michael R. Phillips, M.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Carlos A. Zarate, M.D.

Perturbações Neurocognitivas

DILIP V. JESTE, M.D. (2007-2011)
Chair Emeritus
DAN G. BLAZER, Ph.D., M.P.H.
Chair
RONALD C. PETERSEN, M.D., Ph.D.
Co-Chair

Mary Ganguli, M.D., M.P.H., *Text Coordinator*
Deborah Blacker, M.D., Sc.D.
Warachal Faison, M.D. *(2007-2008)*
Igor Grant, M.D.
Eric J. Lenze, M.D.
Jane S. Paulsen, Ph.D.
Perminder S. Sachdev, M.D., Ph.D.

Perturbações do Neurodesenvolvimento

SUSAN E. SWEDO, M.D.
Chair

Gillian Baird, M.A., M.B., B.Chir., *Text Coordinator*
Edwin H. Cook Jr., M.D.
Francesca G. Happé, Ph.D.
James C. Harris, M.D.
Walter E. Kauffmann, M.D.
Bryan H. King, M.D.
Catherine E. Lord, Ph.D.
Joseph Piven, M.D.
Sally J. Rogers, Ph.D.
Sarah J. Spence, M.D., Ph.D.
Fred Volkmar, M.D. *(2007 2009)*
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Harry H. Wright, M.D.

Personalidade e Perturbações da Personalidade[1]

ANDREW E. SKODOL, M.D.
Chair
JOHN M. OLDHAM, M.D.
Co-Chair

Robert F. Krueger, Ph.D., *Text Coordinator*
Renato D. Alarcon, M.D, M.P.H.
Carl C. Bell, M.D.
Donna S. Bender, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
W. John Livesley, M.D., Ph.D., *(2007-2012)*
Leslie C. Morey, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Roel Verheul, Ph.D., *(2008-2012)*

[1] Os membros do Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações da Personalidade são responsáveis pelo modelo alter nativo para as perturbações da personalidade incluída na Secção III. Os critérios de diagnóstico e o texto (com atualização do texto) da Secção II foram retirados do DSM-IV-TR.

Perturbações Psicóticas

WILLIAM T. CARPENTER, M.D.
Chair

Deanna M. Barch, Ph.D., *Text Coordinator*
Juan R. Bustillo, M.D.
Wolfgang Gaebel, M.D.
Raquel E. Gur, M.D., Ph.D.
Stephan H. Heckers, M.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.S.P.H.
Michael J. Owen, M.D., Ph.D.
Susan K. Schultz, M.D.
Rajiv Tandon, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Jim van Os, M.D.

Perturbações Sexuais e da Identidade de Género

KENNETH J. ZUCKER, Ph.D.
Chair

Lori Brotto, Ph.D., *Text Coordinator*
Irving M. Binik, Ph.D.
Ray M. Blanchard, Ph.D.
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.
Jack Drescher, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Martin P. Kafka, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Niklas Långström, M.D., Ph.D.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
Friedemann Pfäfflin, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.

Perturbações do Sono-Vigília

CHARLES F. REYNOLDS III, M.D.
Chair

Ruth M. O'Hara, Ph.D., *Text Coordinator*
Charles M. Morin, Ph.D.
Allan I. Pack, Ph.D.
Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.
Susan Redline, M.D., M.P.H.
Dieter Riemann, Ph.D.

Perturbações de Sintomas Somáticos

JOEL E. DIMSDALE, M.D.
Chair

James L. Levenson, M.D., *Text Coordinator*
Arthur J. Barsky III, M.D.
Francis Creed, M.D.
Nancy Frasure-Smith, Ph.D. *(2007-2011)*
Michael R. Irwin, M.D.
Francis J. Keefe, Ph.D. *(2007-2011)*
Sing Lee, M.D.
Michael Sharpe, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.

Perturbações Relacionadas com Substâncias

CHARLES P. O'BRIEN, M.D., Ph.D.
Chair
THOMAS J. CROWLEY, M.D.
Co-Chair

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E., *Text Coordinator*
Marc Auriacomb, M.D.
Guilherme L. G. Borges, M.D., Dr.Sc.
Kathleen K. Bucholz, Ph.D.
Alan J. Budney, Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D. *(2007-2008)*
Walter Ling, M.D.
Spero M. Manson, Ph.D. *(2007-2008)*
A. Thomas McLellan, Ph.D. *(2007-2008)*
Nancy M. Petry, Ph.D.
Marc A. Schuckit, M.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D. *(2007-2008)*

Grupos de Estudo do DSM-5

Espectro de Diagnóstico e Harmonização ICD/DSM

STEVEN E. HYMAN, M.D.
Chair (2007 2008)

William T. Carpenter Jr., M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Jan A. Fawcett, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
John M. Oldham, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Abordagens de Desenvolvimento ao Longo da Vida

ERIC J. LENZE, M.D.
Chair
SUSAN K. SCHULTZ, M.D.
Chair Emeritus
DANIEL S. PINE, M.D.
Chair Emeritus

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
Andrew E. Skodol II, M.D.

Aspetos de Género Transculturais

KIMBERLY A. YONKERS, M.D.
Chair
ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, M.D., M.T.S.
Co-Chair, Cross-Cultural Issues

Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Ellen Frank, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Spiro M. Manson, Ph.D. *(2007-2008)*
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Leslie C. Morey, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Roger Peele, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007-2012)*
William M. Womack, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interface Psiquiatra/Medicina Geral

LAWSON R. WULSIN, M.D.
Chair

Ronald E. Dahl, M.D.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007-2011)*
Walter E. Kaufmann, M.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Ronald C. Petersen, Ph.D., M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.
B. Timothy Walsh, M.D.

Deficiência e Incapacidade

JANE S. PAULSEN, Ph.D.
Chair

J. Gavin Andrews, M.D.
Glorisa Canino, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Instrumentos de Avaliação de Diagnóstico

JACK D. BURKE JR., M.D., M.P.H.
Chair

Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D. M.Sc.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Grupo de Pesquisa do DSM-5

WILLIAM E. NARROW, M.D., M.P.H.
Chair

Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Glossário e Especificadores de Curso

WOLFGANG GAEBEL, M.D.
Chair

Ellen Frank, Ph.D.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.,
Consultant
Susan K. Schultz, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Classificação do DSM-5

Antes do nome de cada perturbação indicam-se os códigos da ICD-9-CM, seguidos pelos códigos da ICD-10-CM entre parêntesis. As linhas em branco indicam que um dos códigos, ICD-9-CM ou ICD-10-CM, não é aplicável. No caso de certas perturbações, o código pode ser indicado somente de acordo com o subtipo ou especificador.

Os códigos da ICD-9-CM foram utilizados com finalidades de codificação nos Estados Unidos até 30 de Setembro de 2014, passando a ser utilizados a partir de 1 de Outubro do mesmo ano os códigos da ICD-10-CM.

Depois dos títulos dos capítulos e dos nomes das perturbações, são indicados entre parêntesis os números de páginas dos respectivos textos ou critérios.

Nota para todas as perturbações devidas a outra condição médica: Indicar o nome da outra condição médica no nome da perturbação mental devida a [a condição médica]. O código e o nome da outra condição médica devem ser indicados imediatamente antes da perturbação mental devida à condição médica.

Perturbações do Neurodesenvolvimento (35)

Incapacidades Intelectuais (38)

__.__ (__.__) Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) (38)
Especificar a gravidade atual:
317 (F70) Ligeira
318.0 (F71) Moderada
318.1 (F72) Grave
318.2 (F73) Profunda
315.8 (F88) Atraso Global do Desenvolvimento (47)
319 (F79) Incapacidade Intelectual Não Especificada (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) (47)

Perturbações da Comunicação (47)

315.39 (F80.9) Perturbação da Linguagem (48)
315.39 (F80.0) Perturbação do Som da Fala (50)
315.35 (F80.81) Perturbação da Fluência de Início na Infância (Gaguez) (52)
Nota: Os casos com início mais tardio devem ser diagnosticados como 307.0 [F98.5] Perturbação da Fluência com Início na Idade Adulta.

315.39 (F80.89) Perturbação da Comunicação Social (Pragmática) (55)
307.9 (F80.9) Perturbação da Comunicação Não Especificada (57)

Perturbação do Espectro do Autismo (57)

299.0 (F84.0) Perturbação do Espectro do Autismo (57)
Especificar se: Associada a uma condição médica ou genética ou factor ambiental conhecidos; Associada a outra perturbação do neurodesenvolvimento, mental ou do comportamento.
Especificar a gravidade atual dos Critérios A e B: Requerendo suporte muito substancial; Requerendo suporte substancial; Requerendo suporte.
Especificar se: Com ou sem défice intelectual acompanhante; Com ou sem défice da linguagem acompanhante; Com catatonia (usar código adicional 293.89 [F06.1]).

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (69)

__.__ (__.__) Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (69)
Especificar se:
314.01 (F90.2) Apresentação combinada.
314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente de desatenção
314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade
Especificar se: Em remissão parcial.
Especificar a gravidade atual: Ligeira, Moderada, Grave.
314.01 (F90.8) Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção com Outra Especificação (77)
314.01 (F90.9) Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção Não Especificada (77)

Perturbação da Aprendizagem Específica (78)

__ __ (__.) Perturbação da Aprendizagem Específica (78)
Especificar se:
315.00 (F81.0) Com défice na leitura: (*especificar* se com precisão da leitura de palavras, ritmo ou fluência de leitura, compreensão da leitura)
315.2 (F81.81) Com défice na expressão escrita (*especificar* se com precisão ortográfica, precisão gramatical e da pontuação, clareza ou organização da expressão escrita)
315.1 (F81.2) Com défice na matemática (*especificar* se com: sentido numérico, memorização de factos aritméticos, cálculo preciso ou fluente, raciocínio matemático exacto)
Especificar gravidade atual: ligeira, moderada, grave

Perturbações Motoras (88)

315.4 (F82) Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação (88)
307.3 (F98.4) Perturbação de Movimentos Estereotipados (92)
Especificar se: Com comportamento autolesivo; Sem comportamento autolesivo.
Especificar se: Associada a uma condição médica ou genética conhecida, perturbação do neurodesenvolvimento ou factor ambiental.
Especificar a gravidade atual: ligeira, moderada, grave

Perturbações de Tiques (96)

307.23 (F95.2) Perturbação de Tourette (96)
307.22 (F95.1) Perturbação de Tiques Motores ou Vocais Persistente (Crónica) (96)
Especificar se: Apenas com tiques motores, apenas com tiques vocais
307.21 (F95.0) Perturbação de Tiques Transitória (96)
307.20 (F95.8) Perturbação de Tiques com Outra Especificação (101)
307.20 (F95.9) Perturbação de Tiques Não Especificada (101)

Outras Perturbações do Neurodesenvolvimento (102)

315.8 (F88) Perturbação do Neurodesenvolvimento com Outra Especificação (102)
315.9 (F89) Perturbação do Neurodesenvolvimento Não Especificada (102)

Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas (103)

Os seguintes especificadores aplicam-se às Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas, quando indicado:

[a] *Especificar* se: Os seguintes especificadores de curso só devem ser usados depois de decorrido um ano de duração da perturbação: Primeiro episódio, actualmente em episódio agudo; Primeiro episódio, actualmente em remissão parcial; Primeiro episódio, actualmente em remissão completa; Múltiplos episódios, actualmente em episódio agudo; Múltiplos episódios, actualmente em remissão parcial; Múltiplos episódios, actualmente em remissão parcial; Múltiplos episódios, actualmente em remissão completa; Contínuo; Não especificada.

[b] *Especificar* se: Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]).

[c] *Especificar* a gravidade actual das ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal, sintomas negativos, défice de cognição, depressão e sintomas de mania.

301.22 (F21) Perturbação Esquizotípica (da Personalidade) (106)
297.1 (F22) Perturbação Delirante[a,c] (107)
Especificar se: Tipo erotomaníaco, Tipo grandiosidade, Tipo ciúme, Tipo persecutório, Tipo somático, Tipo misto, Tipo não especificado.
Especificar se: Com conteúdo bizarro.
298.8 (F23) Perturbação Psicótica Breve[b,c] (111)
Especificar se: Com fator(es) de stress marcado(s), Sem fator(es) de stress marcados(s), Com início no pós parto.
295.40 (F20.81) Perturbação Esquizofreniforme[b,c] (114)
Especificar se: Com características de bom prognóstico, Sem características de bom prognóstico.
295.90 (F20.9) Esquizofrenia[a,b,c] (117)
__.__ (__.__) Perturbação Esquizoafectiva[a,b,c] (124)
Especificar se:
295.70 (F25.0) Tipo bipolar
295.70 (F25.1) Tipo depressivo
.__ (__.__) Perturbação Psicótica Induzida por Substância/Medicamento[c] (130)
Nota: Ver os conjuntos de critérios e os correspondentes procedimentos de registo para os códigos das substâncias específicas e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.

Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência.

__.__ (__.__) Perturbação Psicótica Devida a Outra Condição Médica[c] (136)

Especificar se:

293.81 (F06.2) Com delírios.

293.82 (F06.0) Com alucinações.

293.89 (F06.1) Catatonia Associada a Outra Perturbação Mental (Especificador de Catatonia) (141)

293.89 (F06.1) Perturbação Catatónica Devida a Outra Condição Médica

293.89 (F06.1) Catatonia Não Especificada (142)

Nota. Codificar primeiro 781.99 (R29.818) outros sintomas que envolvem os sistemas nervoso e musculosquelético.

298.8 (F28) Perturbações do Espectro da Esquizofrenia com Outra Especificação e Outras Perturbações Psicóticas (143)

298.9 (F29) Perturbações do Espectro da Esquizofrenia Não Especificadas e Outras Perturbações Psicóticas (144)

Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas (145)

Os seguintes especificadores aplicam-se às Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas, quando indicado:

[a] *Especificar*: Com angústia ansiosa (*especificar* a gravidade actual: ligeira, moderada, moderada-grave, grave); Com características mistas; Com ciclos rápidos; Com características melancólicas; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]; Com início no peri-parto; Com padrão sazonal.

__.__ (__.__) Perturbação Bipolar I[a] (146)

__.__ (__.__) Episódio actual ou mais recente maníaco

296.41 (F31.11) Ligeira

296.42 (F31.12) Moderada

296.43 (F31.13) Grave

296.44 (F31.2) Com características psicóticas

296.45 (F31.73) Em remissão parcial

296.46 (F31.74) Em remissão completa

296.40 (F31.9) Não especificada

296.40 (F31.0) Episódio actual ou mais recente hipomaníaco

296.45 (F31.73) Em remissão parcial

296.46 (F31.74) Em remissão completa

296.40 (F31.9) Não especificada

__.__ (__.__) Episódio actual ou mais recente depressivo

296.51 (F31.31) Ligeira

296.52 (F31.32) Moderada

296.53 (F31.4) Grave

296.54 (F31.5) Com características psicóticas

296.55 (F31.75) Em remissão parcial

296.56 (F31.76) Em remissão completa

296.50 (F31.9) Não especificada
296.7 (F31.9) Episódio actual ou mais recente não especificado
296.89 (F31.81) Perturbação Bipolar II[a] (156)
Especificar o episódio atual ou mais recente: Hipomaníaco, Depressivo
Especificar o curso se os critérios completos para episódio do humor não estão atualmente preenchidos: Em remissão parcial (p. 154); Em remissão completa (p. 154)
Especificar a gravidade se não estiverem atualmente preenchidos os critérios completos para episódio do humor: Ligeiro (p. 154), Moderado (p. 154), Grave
301.13 (F34.0) Perturbação Ciclotímica (164)
Especificar se: Com angústia ansiosa
__.__ (__.__) Perturbação Bipolar Induzida por Substância/Medicamento e Perturbações Relacionadas (167)
Nota: Ver o conjunto de critérios e correspondentes procedimentos de registo para os códigos específicos das substâncias e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência.
293.83 (__.__) Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas Devidas a Outra Condição Médica (171)
Especificar se:
(F06.33) Com características maníacas.
(F06.33) Com episódios de tipo maníaco ou hipomaníaco.
(F06.34) Com características mistas.
296.89 (F31.89) Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas com Outra Especificação (174)
296.80 (F31.9) Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas Não Especificadas (175)

Perturbações Depressivas (183)

Os seguintes especificadores aplicam-se às Perturbações Depressivas quando indicado:

[a] *Especificar*: Com angústia ansiosa (*especificar* a gravidade actual: ligeira, moderada, moderada-grave, grave); Com características mistas; Com características melancólicas; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]; Com início no peri-parto; Com padrão sazonal.

296.99 (F34.8) Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo (184)
__.__ (__.) Perturbação Depressiva Major[a] (190)
__.__ (__.__) Episódio único
296.21 (F32.0) Ligeiro
296.22 (F32.1) Moderado
296.23 (F32.2) Grave
296.24 (F32.3) Com caraterísticas psicóticas
296.25 (F32.4) Em remissão parcial
296.26 (F32.5) Em remissão completa
296.20 (F32.9) Não especificado
__.__ (__.__) Episódio recorrente
296.31 (F33.0) Ligeiro

296.32 (F33.1) Moderado
296.33 (F33.2) Grave
296.34 (F33.3) Com caraterísticas psicóticas
296.35 (F33.41) Em remissão parcial
296.36 (F33.42) Em remissão completa
296.30 (F33.9) Não especificado
300.4 (F34.1) Perturbação Depressiva Persistente (Distimia)[a] (199)
Especificar se: Em remissão parcial, Em remissão completa
Especificar se: Com início precoce, Com início tardio
Especificar se: Com síndrome distímica pura; Com episódio depressivo major persistente; Com episódios depressivos major intermitentes, com episódio atual; Com episódios depressivos major intermitentes, sem episódio atual.
Especificar a gravidade atual: Ligeira, Moderada, Grave
625.4 (N94.3) Perturbação Disfórica Pré-Menstrual (203)
__ __ (__.__) Perturbação Depressiva Induzida por Substância/Medicamento (207)
Nota: Ver os conjuntos de critérios e correspondentes procedimentos de registo para os códigos específicos de substâncias e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Com início durante a intoxicação; Com início durante a abstinência.
293.83 (__.__) Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica (214)
Especificar se:
(F06.31) Com características depressivas
(F06.32) Com episódio de tipo depressivo major
(F06.34) Com características mistas
311 (F32.8) Perturbação Depressiva Com Outra Especificação (217)
311 (F32.9) Perturbação Depressiva Não Especificada (218)

Perturbações de Ansiedade (223)

309.21 (F93.0) Perturbação de Ansiedade de Separação (225)
312.23 (F94.0) Mutismo Seletivo (230)
300.29 (__.__) Fobia específica (233)
Especificar se:
(F40.218) Animal
(F40.228) Ambiente natural
(__.__) Sangue-injeções-ferimentos
(F40.230) Medo de sangue
(F40.231) Medo de injeções e transfusões;
(F40.232) Medo de outros cuidados médicos
(F40.233) Medo de ferimentos.
(F40.248) Situacional
(F40.298) Outro
300.23 (F40.10) Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social) (239)
Especificar se: Apenas de desempenho.
300.01 (F41.0) Perturbação de Pânico (246)
__ __ (__.__) Especificador do Ataque de Pânico
300.22 (F40.00) Agorafobia (258)

300.02 (F41.1) Perturbação de Ansiedade Generalizada (263)
__.__ (__.__) Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento (268)
Nota: Ver o conjunto de critérios e correspondentes procedimentos de registo para os códigos específicos das substâncias e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após o uso de medicação.
293.84 (F06.4) Perturbação de Ansiedade Devida a Outra Condição Médica (273)
300.09 (F41.8) Perturbação de Ansiedade com Outra Especificação (276)
300.00 (F41.9) Perturbação de Ansiedade Não Especificada (277)

Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas (279)

O seguinte especificador aplica-se à Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas quando indicado:
[a] *Especificar* se: Com *insight* bom ou razoável, Com *insight* pobre, Insight ausente/crenças delirantes.

300.3 (F42) Perturbação Obsessivo-Compulsiva[a] (281)
Especificar se: Relacionada com tiques
300.7 (F45.22) Perturbação Dismórfica Corporal[a] (288)
Especificar se: Com dismorfia muscular
300.3 (F42) Perturbação de Acumulação[a] (294)
Especificar se: Com aquisição excessiva
312.39 (F63.3) Tricotilomania (Perturbação de Arrancamento de Cabelo) (299)
698.4 (L98.1) Perturbação de Escoriação (*Skin-Picking*) (303)
__ __ (.__) Perturbação Obsessivo-Compulsiva Induzida por Substância/Medicamento e Perturbação Relacionada (306)
Nota: Ver os conjuntos de critérios e correspondentes procedimentos de registo para códigos específicos de substâncias e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após o uso de medicação.
294.8 (F06.8) Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas Devidas a Outra Condição Médica (311)
Especificar se: Com sintomas de tipo perturbação obsessivo-compulsiva, Com preocupações com a aparência, Com sintomas de acumulação, Com sintomas de tricotilomania, Com sintomas de escoriação
300.3 (F42) Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas Com Outra Especificação (314)
300.3 (F42) Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas Não Especificadas (315)

Perturbações Relacionadas Com Trauma e Fatores de Stress (317)

313.89 (F94.1) Perturbação Reactiva de Vinculação (317)
Especificar se: Persistente
Especificar gravidade actual: Grave

313.89 (F94.2) Perturbação de Envolvimento Social Desinibido (321)
Especificar se: Persistente
Especificar gravidade actual: Grave

309.81 (F43.10) Perturbação de Stress Pós-Traumático (inclui a Perturbação de Stress Pós-Traumático para crianças com idade igual ou inferior a 6 anos) (324)
Especificar se: Com sintomas dissociativos
Especificar se: Com início tardio

308.3 (F43.0) Perturbação Aguda de Stress (335)

__.__ (__.__) Perturbações de Ajustamento (343)
Especificar se:

309.0 (F43.21) Com humor deprimido

309.24 (F43.22) Com ansiedade

309.28 (F43.23) Mista, com ansiedade e humor deprimido

309.3 (F43.24) Com perturbação do comportamento

309.4 (F43.25) Mista, com perturbação de emoções e do comportamento

309.9 (F43.20) Não especificada

309.89 (F43.8) Perturbação Relacionada Com Trauma e Factores de Stress Com Outra Especificação (346)

309.9 (F43.9) Perturbação Relacionada Com Trauma e Factores de Stress Não Especificada (347)

Perturbações Dissociativas (349)

300.14 (F44.81) Perturbação Dissociativa da Identidade (350)

300.12 (F44.0) Amnésia Dissociativa (357)
Especificar se:

300.13 (F44.1) Com fuga dissociativa

300.6 (F48.1) Perturbação de Despersonalização/Desrealização (362)

300.15 (F44.89) Perturbação Dissociativa Com Outra Especificação (367)

300.15 (F44.9) Perturbação Dissociativa Não Especificada (368)

Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas (369)

300.82 (F45.1) Perturbação de Sintomas Somáticos (371)
Especificar se: Com dor predominante
Especificar se: Persistente
Especificar gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave

300.7 (F45.21) Perturbação de Ansiedade de Doença (376)
Especificar se: Procura cuidados de saúde, Evita cuidados de saúde
300.11 (__.__) Perturbação de conversão (Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais) (381)
Especificar o tipo de sintoma:
(F44.4) Com fraqueza ou paralisia
(F44.4) Com movimentos anormais
(F44.4) Com sintomas da deglutição
(F44.4) Com sintomas da fala
(F44.5) Com crises ou convulsões
(F44.6) Com anestesia ou perda sensorial
(F44.6) Com sintoma sensorial especial
(F44.7) Com sintomas mistos
Especificar se: Episódio agudo, Persistente
Especificar se: Com factor de stress psicológico (especificar o factor de stress), Sem factor de stress psicológico
316 (F54) Factores Psicológicos que Afectam Outras Condições Médicas (385)
Especificar a gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave, Extrema
300.19 (F68.10) Perturbação Factícia (inclui Perturbação Factícia Imposta no Próprio, Perturbação factícia Imposta no Outro) (388)
Especificar Episódio único, Episódios recorrentes
300.89 (F45.8) Perturbação de Sintomas Somáticos Com Outra Especificação e Perturbações Relacionadas (391)
300.82 (F45.9) Perturbação de Sintomas Somáticos Não Especificada e Perturbações Relacionadas (391)

Perturbações da Alimentação e da Ingestão (393)

Os seguintes especificadores aplicam-se às Perturbações da Alimentação e da Ingestão, quando aplicável:

[a] *Especificar* se: Em remissão

[b] *Especificar* se: Em remissão parcial, Em remissão completa

[c] *Especificar* a gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave, Extrema

307.52 (__.__) Pica[a] (394)
(F98.3) Em crianças
(F50.8) Em adultos
307.53 (F98.21) Mericismo (Perturbação de Ruminação[a] (396)
307.59 (F50.8) Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva (399)
307.1 (__.__) Anorexia Nervosa[b, c] (405)
Especificar se:
(F50.01) Tipo Restritivo
(F50.02) Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo
307.51 (F50.2) Bulimia Nervosa[b, c] (413)
307.51 (F50.8) Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (419)

307.59 (F50.8) Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação (423)
307.50 (F50.9) Perturbação da Alimentação e da Ingestão **Não Especificada** (424)

Perturbações de Eliminação (425)

307.6 (F98.0) Enurese (425)
Especificar se: Só Noturna, Só diurna, Diurna e nocturna
307.7 (F98.1) Encoprese (428)
Especificar se: Com obstipação e incontinência, Sem obstipação nem incontinência
__ __ (__.__) Perturbação de Eliminação Com outra Especificação (430)
788.39 (N39.498) Com sintomas urinários
787.60 (R15.9) Com sintomas fecais
__.__ (__.__) Perturbação de Eliminação Não Especificada (431)
780.30 (R32) Com sintomas urinários
787.60 (R15.9) Com sintomas fecais

Perturbações do Sono-Vigília (433)

Os seguintes especificadores aplicam-se às Perturbações do Sono-Vigília, quando aplicado:
[a] *Especificar* se: Episódica, Persistente, Recorrente
[b] *Especificar* se: Aguda, Subaguda, Persistente
[c] *Especificar* se: Ligeira, Moderada, Grave

780.52 (G47.00) Perturbação de Insónia[a] (434)
Especificar se: Com comorbilidade com perturbação mental não relacionada com o sono, Com outra comorbilidade médica, Com outra perturbação do sono
780.54 (G47.10) Perturbação de Hipersonolência[b, c] (442)
Especificar se: Com perturbação mental, Com condição médica, Com outra perturbação do sono
__ __ (__.__) Narcolepsia[c] (447)
Especificar se:
347.00 (G47.419) Narcolepsia sem cataplexia, mas com deficiência de hipocretina
347.01 (G47.411) Narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina
347.00 (G47.419) Ataxia cerebelar autossómica dominante, surdez e narcolepsia
347.00 (G47.419) Narcolepsia autossómica dominante, obesidade e diabetes tipo 2
347.10 (G47.429) Narcolepsia secundária a outra condição médica

Perturbações do Sono Relacionadas Com a Respiração (454)

327.23 (G47.33) Apneia Hipopneia Obstrutiva do Sono[c] (454)
__ __ (__.__) Apneia do Sono Central (460)
Especificar se:
327.21 (G47.31) Apneia do Sono Central Idiopática
786.04 (R06.3) Respiração de Cheyne-Stokes

780.57 (G47.37) Apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos
Nota: Codificar em primeiro lugar a perturbação por uso de opiáceos, caso esteja presente.
Especificar a gravidade actual.

__.__ (__.__) Hipoventilação Relacionada Com o Sono (464)
Especificar se:

327.24 (G47.34) Hipoventilação idiopática
327.25 (G47.35) Hipoventilação alveolar central congénita
327.26 (G47.36) Hipoventilação relacionada com o sono comórbida
Especificar gravidade actual.

__.__ (__.__) Perturbações do Ritmo Circadiano de Sono-Vigíliaa (468)
Especificar se:

307.45 (G47.21) Tipo atraso de fase do sono
Especificar se: Familiar, Sobreposição com tipo sono-vigília diferente de 24 horas
307.45 (G47.22) Tipo avanço de fase do sono
Especificar se: Familiar
307.45 (G47.23) Tipo sono-vigília irregular
307.45 (G47.24) Tipo sono-vigília diferente de 24 horas
307.45 (G47.26) Tipo trabalho por turnos
307.45 (G47.20) Tipo não especificado

Parassónias (478)

__.__ (__.__) Perturbações do Despertar do Sono sem Movimentos Oculares Rápidos (Não REM) (478)
Especificar se:

307.46 (F51.3) Tipo sonambulismo
Especificar se: Com ingestão alimentar relacionada com o sono, Com comportamento sexual relacionado com o sono (sexsónia)
307.46 (F51.4) Tipo terror do sono
307.47 (F51.5) Perturbação de Pesadelos[b, c] (484)
Especificar se: Durante o início do sono
Especificar se: Com perturbação que não do sono associada, Com outra condição médica associada, Com outra perturbação do sono associada
327.42 (G47.52) Perturbação do Comportamento do Sono de Movimentos Oculares Rápidos (489)
333.94 (G25.81) Síndrome das Pernas Inquietas (492)
__.__ (__.__) Perturbação do Sono Induzida por Substância/Medicamento (496)
Nota: Ver os conjuntos de critérios e os correspondentes procedimentos de registo para os códigos das substâncias específicas e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Tipo insónia, Tipo sonolência diurna, Tipo parassónias, Tipo misto.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a descontinuação/abstinência.
780.52 (G47.09) Perturbação de Insónia Com Outra Especificação (503)
780.52 (G47.00) Perturbação de Insónia Não Especificada (504)
780.54 (G47.19) Perturbação de Hipersonolência Com Outra Especificação (504)
780.54 (G47.10) Perturbação de Hipersonolência Não Especificada (505)
780.59 (G47.8) Perturbação do Sono-Vigília Com Outra Especificação (505)
780.59 (G47.9) Perturbação do Sono-Vigília Não Especificada (505)

Disfunções sexuais (507)

Os seguintes especificadores aplicam-se às Disfunções Sexuais, quando indicado:
[a] *Especificar* se: Ao longo da vida, Adquirida.
[b] *Especificar* se: Generalizada, Situacional.
[c] *Especificar* se: Ligeira, Moderada, Grave.

302.74 (F52.32) Ejaculação Retardada[a, b, c] (508)
302.72 (F52.21) Disfunção Eréctil[a, b, c] (511)
302.73 (F52.31) Perturbação do Orgasmo Feminino[a, b, c] (514)
Especificar se: Nunca experienciou um orgasmo em qualquer situação
302.72 (F52.22) Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino[a, b, c] (518)
302.76 (F52.6) Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração[a, c] (523)
302.71 (F52.0) Perturbação de Desejo Sexual Hipoactivo Masculino[a, b, c] (528)
302.75 (F52.4) Ejaculação Prematura (Precoce)[a, b, c] (531)
__.__ (__.__) Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento[c] (534)
Nota: Ver os conjuntos de critérios para os correspondentes procedimentos de registo para códigos das substâncias específicas e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após o uso de medicamento.
302.79 (F52.8) Disfunção Sexual Com Outra Especificação (539)
302.70 (F52.9) Disfunção Sexual Não Especificada (540)

Disforia de Género (541)

(__.__) Disforia de Género (542)
302.6 (F64.2) Disforia de Género em Crianças (542)
Especificar se: Com uma perturbação do desenvolvimento sexual.
302.85 (F64.1) Disforia de Género em Adolescentes e Adultos (543)
Especificar se: Com uma perturbação do desenvolvimento sexual.
Especificar se: Pós transição.
Nota: Codificar a perturbação do desenvolvimento sexual, caso esteja presente, além da disforia de género.
302.6 (F64.8) Disforia de Género Com Outra Especificação (551)
302.6 (F64.9) Disforia de Género Não Especificada (552)

Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento (553)

313.81 (F91.3) Perturbação Desafiante de Oposição (554)
Especificar a gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave.
312.34 (F63.81) Perturbação Explosiva Intermitente (559)
__ (__.__) Perturbação do Comportamento
Especificar se:

312.81 (F91.1) Tipo com início na infância
312.82 (F91.2) Tipo com início na adolescência
312.89 (F91.9) Tipo com início não especificado
Especificar se: Com emoções prossociais limitadas
Especificar a gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave
301.7 (F60.2) Perturbação Antissocial da Personalidade (571)
312.33 (F63.1) Piromania (571)
312.32 (F63.2) Cleptomania (573)
312.89 (F91.8) Perturbação Disruptiva, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento com Outra Especificação (575)
312.9 (F91.9) Perturbação Disruptiva, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento Não Especificada (576)

Perturbações Relacionadas Com Substâncias e Perturbações Aditivas (577)

Os seguintes especificadores e notas aplicam-se às Perturbações Relacionadas Com Substâncias e Perturbações Aditivas quando indicado:

[a] Especificar se: Em remissão precoce, Em remissão mantida
[b] Especificar se: Em ambiente controlado
[c] Especificar se: Com alterações da percepção
[d] O código ICD-10-CM indica a presença comórbida de uma perturbação por uso de substâncias moderada ou grave, que deve estar presente para que se aplique o código de abstinência de substância.

Perturbações Relacionadas Com Substâncias (579)

Perturbações Relacionadas Com Álcool (579)

__ __ (__.__) Perturbação de Uso de Álcool[a, b] (589)
Especificar a gravidade actual:
305.00 (F10.10) Ligeira
303.90 (F10.20) Moderada
303.90 (F10.20) Grave
303.00 (__.__) Intoxicação pelo Álcool (596)
(F10.129) Perturbação de uso, ligeira
(F10.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F10.929) Perturbação sem uso
291.81 (__.__) Abstinência de Álcool (599)
(F10.239) Sem alterações da percepção
(F10.232) Com alterações da percepção
__.__ (__.__) Outras Perturbações Induzidas pelo Álcool (602)
291.9 (F10.99) Perturbação Relacionada Com o Álcool Não Especificada (604)

Perturbações Relacionadas Com a Cafeína (604)

305.90 (F15.929) Intoxicação pela Cafeína (604)
292.0 (F15.93) Abstinência de Cafeína (607)
__.__ (__.__) Outras Perturbações Induzidas pela Cafeína (610)
292.9 (F15.99) Perturbação Relacionada com a Cafeína Não Especificada (610)

Perturbações Relacionadas Com *Cannabis* (611)

__.__ (__.__) Perturbação de Uso de *Cannabis*[a, b] (611)
Especificar a gravidade actual:
305.20 (F12.10) Ligeira
304.30 (F12.20) Moderada
304.30 (F12.20) Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por *Cannabis*[c] (619)
Sem alterações da percepção
(F12.129) Perturbação de uso, ligeira
(F12.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F12.929) Perturbação sem uso
Com alterações da percepção
(F12.122) Perturbação de uso, ligeira
(F12.222) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F12.922) Perturbação sem uso
292.0 (F12.288) Abstinência de *Cannabis*[d] (621)
__ __ (__.__) Outras Perturbações Induzidas por *Cannabis* (623)
292.9 (F12.99) Perturbação Relacionada com *Cannabis* Não Especificada (624)

Perturbações Relacionadas Com Alucinogénios (624)

__.__ (__.__) Perturbação de Uso de Fenciclidina[a, b] (624)
Especificar gravidade actual:
305.90 (F16.10) Ligeira
304.60 (F16.20) Moderada
304.60 (F16.20) Grave
__ __ (__.__) Perturbação de Uso de Outros Alucinogénios[a, b] (628)
Especificar o alucinogénio em particular
Especificar a gravidade actual:
305.30 (F16.10) Ligeira
304.50 (F16.20) Moderada
304.50 (F16.20) Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por Fenciclidina[a, b] (633)
Especificar a gravidade actual:
(F16.129) Perturbação de uso, ligeira
(F16.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F16.929) Perturbação de uso, Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por Outros Alucinogénios (635)
(F16.129) Perturbação de uso, ligeira
(F16.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F16.929) Perturbação de uso, Grave
292.89 (F16.983) Perturbação Persistente da Perceção Induzida por Alucinogénios (637)
__ __ (__.__) Outras Perturbações Induzidas por Fenciclidina (639)
__.__ (__.__) Outras Perturbações Induzidas por Alucinogénios (639)
292.9 (F16.99) Perturbação Relacionada Com Fenciclidina Não Especificada (639)
292.9 (F16.99) Perturbação Relacionada Com Alucinogénios Não Especificada (640)

Perturbações Relacionadas Com Inalantes (640)

__.__ (.__) Perturbação de Uso de Inalantes[a, b] (640)
Especificar o inalante particular
Especificar a gravidade actual:
305.90 (F18.10) Ligeira
304.60 (F18.20) Moderada
304.60 (F18.20) Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por Inalantes (645)
(F18.129) Perturbação de uso, ligeira
(F18.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F18.929) Perturbação sem uso
__ __ (__.__) Outras Perturbações Induzidas por Inalantes (648)
292.9 (F18.99) Perturbação Relacionada Com Inalantes Não Especificada (648)

Perturbações Relacionadas Com Opiáceos (649)

__.__ (__.__) Perturbação de Uso de Opiáceos[a] (649)
Especificar se: Sob terapêutica de manutenção, Em ambiente controlado
Especificar a gravidade actual:
305.50 (F11.10) Ligeira
304.00 (F11.20) Moderada
304.00 (F11.20) Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por Opiáceos[c] (656)
Sem alterações da percepção
(F11.129) Perturbação de uso, ligeira
(F11.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F11.929) Perturbação sem uso
Com alterações da percepção
(F11.122) Perturbação com uso, ligeira
(F11.222) Perturbação com uso, moderada ou grave
(F11.922) Perturbação sem uso
292.00 (F11.23) Abstinência de Opiáceos[d] (657)
__.__ (__.__) Outras Perturbações Induzidas por Opiáceos (659)
292.9 (F11.99) Perturbação Relacionada com Opiáceos, Não especificada (660)

Perturbações Relacionadas com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (660)

__.__ (__.__) Perturbação Relacionada com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos[a, b] (660)
Especificar a gravidade actual:
305.40 (F13.10) Ligeira
304.10 (F13.20) Moderada
304.10 (F13.20) Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (667)
(F13.129) Perturbação de uso, ligeira
(F13.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F13.929) Perturbação sem uso

292.0 (__.__) Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (669)
(F13.239) Sem alterações da percepção
(F13.232) Com alterações da percepção
(__.__) Outras Perturbações Induzidas por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (672)
292.9 (F13.99) Perturbação Relacionada com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Não Especificada (673)

Perturbações Relacionadas com Estimulantes (673)

__ __ (__.__) Perturbação de uso de Estimulantes[a, b] (673)
Especificar a gravidade actual:
__.__ (__.__) Ligeira
305.70 (F15.10) Substância tipo anfetamina
305.60 (F14.10) Cocaína
305.70 (F15.10) Outro estimulante ou estimulante não especificado
__ __ (__.__) Moderada
304.40 (F15.20) Substância tipo anfetamina
304.20 (F14.20) Cocaína
304.40 (F15.20) Outro estimulante ou estimulante não especificado
__.__ (__.__) Grave
304.40 (F15.20) Substância tipo anfetamina
304.20 (F14.20) Cocaína
304.40 (F15.20) Outro estimulante ou estimulante não especificado
292.89 (__.__) Intoxicação por Estimulantes[c] (680)
Especificar o intoxicante específico
292.89 (__.__) Anfetamina ou outro estimulante, sem alterações da percepção
(F15.129) Perturbação com uso, ligeira
(F15.229) Perturbação com uso, moderada ou grave
(F15.929) Perturbação sem uso
292.89 (__.__) Cocaína, sem alterações da percepção
(F14.129) Perturbação com uso, ligeira
(F14.229) Perturbação com uso, moderada ou grave
(F14.929) Perturbação sem uso
292.89 (__.__) Anfetamina ou outro estimulante, com alterações da percepção
(F15.122) Perturbação com uso, ligeira
(F15.222) Perturbação com uso, moderada ou grave
(F15.922) Perturbação sem uso
292.89 (__.__) Cocaína, com alterações da percepção
(F14.122) Perturbação com uso, Ligeira
(F14.222) Perturbação com uso, moderada ou grave
(F14.922) Perturbação sem uso
292.00 (__.__) Abstinência de Estimulantes[d] (682)
Especificar a substância específica que causa a síndrome de abstinência
(F15.23) Anfetamina ou outro estimulante
(F14.23) Cocaína

__.__ (__.__) Outras Perturbações Induzidas por Estimulantes (684)
292.9 (__.__) Perturbação Relacionada com Estimulantes Não Especificada (684)
(F15.99) Anfetamina ou outro estimulante
(F14.99) Cocaína

Perturbações Relacionadas com Tabaco (685)

__.__ (__.__) Perturbação de Uso de Tabaco[a] (685)
Especificar se: Sob terapêutica de manutenção, em ambiente controlado
Especificar a gravidade actual:
305.1 (Z72.0) Ligeira
305.1 (F17.200) Moderada
305.1 (F17.200) Grave
292.0 (F17.203) Abstinência de Tabaco[d] (689)
__.__ (__.__) Outras Perturbações Induzidas pelo Tabaco (691)
292.9 (F17.209) Perturbação Relacionada com Tabaco Não Especificada (691)

Perturbações Relacionadas com Outras Substâncias (ou Desconhecidas) (692)

__.__ (__.__) Perturbação de Uso de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)[a, b] (692)
Especificar a gravidade actual:
305.90 (F19.10) Ligeira
304.90 (F19.20) Moderada
304.90 (F19.20) Grave
292.89 (__.__) Intoxicação por Outras Substâncias (ou Desconhecidas) (696)
(F19.129) Perturbação de uso, ligeira
(F19.229) Perturbação de uso, moderada ou grave
(F19.929) Perturbação sem uso
292.0 (F19.239) Abstinência de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)[d] (698)
__.__ (__.__) Perturbações Induzidas por Outras Substâncias (ou Desconhecidas) (700)
292.9 (F19.99) Perturbação Relacionada com Outras Substâncias (ou Desconhecidas) Não Especificada (701)

Perturbações Não Relacionadas Com Substâncias (701)

312.31 (F63.0) Jogo Patológico[a] (701)
Especificar se: Episódica, Persistente
Especificar a gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave

Perturbações Neurocognitivas (707)

__.__ (__.__) *Delirium* (712)
[a]**Nota:** Ver os conjuntos de critérios e correspondentes procedimentos de registo para os códigos específicos das substâncias e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
__.__ (__.__) *Delirium* por intoxicação com substâncias[a]
__.__ (__.__) *Delirium* por abstinência de substâncias[a]
292.81 (__.__) *Delirium* Induzido por medicamento[a]

293.0 (F05) *Delirium* devido a outra condição médica
293.0 (F05) *Delirium* devido a múltiplas etiologias
Especificar se: Agudo, Persistente
Especificar se: Hiperactivo, Hipoactivo, Nível misto de actividade
780.09 (R41.0) *Delirium* Com Outra Especificação (719)
780.09 (R41.0) *Delirium* Não Especificado (719)

Perturbações Neurocognitivas Major ou Ligeira (720)

Especificar se é devida a: Doença de Alzheimer, Degeneração lobar frontotemporal, Doença dos corpos de Lewy, Doença vascular, Lesão cerebral traumática, Uso de substância/medicamento, Infeção por VIH, Doença dos priões, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Outra condição médica, Múltiplas etiologias, Não especificada

[a] *Especificar* Sem perturbação do comportamento, Com perturbação do comportamento. *No caso de perturbação neurocognitiva major e perturbação neurocognitiva ligeira possíveis, a perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas mesmo assim deve ser indicada por escrito.*

[b] *Especificar* a gravidade actual: Ligeira, Moderada, Grave. *Este especificador aplica-se somente às perturbações neurocognitivas major (incluindo as prováveis e possíveis).*

Nota: Conforme é indicado para cada subtipo, é necessário um código médico adicional para perturbação neurocognitiva major ou perturbação neurocognitiva major prováveis. *Não* deve ser usado o código médico adicional no caso de perturbação neurocognitiva major ou perturbação neurocognitiva major possíveis.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Alzheimer (730)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Doença de Alzheimer Provável[b]
Nota: Codificar primeiro 331.0 (G30.9) Doença de Alzheimer.
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Doença de Alzheimer Possível[a,b]
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Doença de Alzheimer[a]

Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal Major ou Ligeira (734)

(__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Provável Devida a Degeneração Lobar Frontotemporal[b]
Nota: Codificar primeiro 331.19 (G31.09) doença frontotemporal.
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major Possível Devida a Degeneração Lobar Frontotemporal[a]
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Provável Devida a Degeneração Lobar Frontotemporal[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira com Corpos de Lewy (738)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Major com Corpos de Lewy Provável[b]
Nota: Codificar primeiro 331.82 (G31.83) Doença de corpos de Lewy
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento

331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major com Corpos de Lewy Possível[a, b]
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira com Corpos de Lewy[a]

Perturbação Neurocognitiva Vascular Major ou Ligeira (742)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Vascular Major Provável[b]
Nota: Não é necessário utilizar um código médico adicional para doença vascular.
290.40 (F01.51) Com perturbação do comportamento
290.40 (F01.50) Sem perturbação do comportamento
331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Vascular Major Possível[a, b]
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Vascular Ligeira[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Lesão Cerebral Traumática (746)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Lesão Cerebral Traumática[b]
Nota: No caso da ICD-9-CM, codificar primeiro 907.0 efeito tardio de lesão cerebral sem fratura do crânio. No caso da ICD-10-CM, codificar primeiro S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda de consciência com duração indeterminada, sequela.
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Lesão Cerebral Traumática[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Induzida por Substância/Medicamento[a] (750)

Nota: Não há código médico adicional. Ver os conjuntos de critérios e correspondentes procedimentos de registo para os códigos das substâncias específicas e códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM.
Especificar se: Persistente.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Infeção por VIH (755)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Infeção por VIH[b]
Nota: Codificar primeiro 042 (B20) Infecção VIH
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Infeção por VIH[a]

Perturbação Neurocognitiva Major e Ligeira Devida a Doença dos Priões (759)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Doença dos Priões[b]
Nota: Codificar primeiro 046.79 (A81.9) doença dos priões
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Doença dos Priões[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida à Doença de Parkinson (761)

__.__ (__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Provavelmente Devida a Doença de Parkinson[b]
Nota: Codificar primeiro 332.0 (G20) Doença de Parkinson
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento

294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major Possivelmente Devida a Doença de Parkinson[a, b]
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Doença de Parkinson[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Huntington (763)

(.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Doença de Huntington[b]
Nota: Codificar primeiro 333.4 (G10) Doença de Huntington
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Doença de Huntington[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Outra Condição Médica (766)

(__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Outra Condição Médica[b]
Nota: Codificar primeiro a outra condição médica.
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Outra Condição Médica[a]

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Múltiplas Etiologias (768)

(__.__) Perturbação Neurocognitiva Major Devida a Múltiplas Etiologias[b]
Nota: Codificar primeiro todas as condições médicas etiológicas (com excepção de doença vascular).
294.11 (F02.81) Com perturbação do comportamento
294.10 (F02.80) Sem perturbação do comportamento
331.83 (G31.84) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Devida a Múltiplas Etiologias[a]

Perturbação Neurocognitiva Não Especificada (769)

799.59 (R41.9) Perturbação Neurocognitiva Não Especificada[a]

Perturbações da Personalidade (771)

Perturbações da Personalidade do Grupo A (776)

301.0 (F60.0) Perturbação Paranóide da Personalidade (776)
301.20 (F60.1) Perturbação Esquizóide da Personalidade (780)
301.22 (F21) Perturbação Esquizotípica da Personalidade (783)

Perturbações da Personalidade do Grupo B (787)

301.7 (F60.2) Perturbação Antissocial da Personalidade (787)
301.83 (F60.3) Perturbação Estado-Limite *(borderline)* da Personalidade (792)
301.50 (F60.4) Perturbação Histriónica da Personalidade (797)
301.81 (F60.81) Perturbação Narcísica da Personalidade (800)

Perturbações da Personalidade do Grupo C (804)

301.82 (F60.6) Perturbação Evitante da Personalidade (804)
301.6 (F60.7) Perturbação Dependente da Personalidade (807)
301.4 (F60.5) Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade (811)

Outras Perturbações da Personalidade

301.1 (F07.0) Alteração da Personalidade Devida a Outra Condição Médica (815)
Especificar se: Tipo lábil, Tipo desinibido, Tipo agressivo, Tipo apático, Tipo paranoide, Outro tipo, Tipo combinado, Tipo não especificado
301.89 (F60.89) Perturbação da Personalidade Com Outra Especificação (818)
301.9 (F60.9) Perturbação da Personalidade Não Especificada (818)

Perturbações Parafílicas (819)

O seguinte especificador aplica-se às Perturbações Parafílicas quando indicado:
[a]*Especificar* se: Em ambiente controlado, Em remissão completa

302.82 (F65.3) Perturbação de Voyeurismo[a] (821)
302.4 (F65.2) Perturbação de Exibicionismo[a] (824)
Especificar se: Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a uma criança pré-púbere, Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a pessoas fisicamente adultas, Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes e a pessoas fisicamente adultas
302.89 (F65.81) Perturbação de Frotteurismo[a] (827)
302.83 (F65.51) Perturbação de Masochismo Sexual[a] (830)
Especificar se: Com asfixiofilia
302.84 (F65.52) Perturbação de Sadismo Sexual[a] (832)
302.2 (F65.4) Perturbação de Pedofilia (834)
Especificar se: Tipo exclusivo, Tipo não exclusivo
Especificar se: Sexualmente atraído pelo sexo masculino, Sexualmente atraído pelo sexo feminino, Sexualmente atraído por ambos os sexos
Especificar se: Limitada ao incesto
302.81 (F65.0) Perturbação de Fetichismo[a] (838)
Especificar: Parte(s) do corpo, Objecto(s) inanimado(s), Outro
302.3 (F65.1) Perturbação de Travestismo[a] (840)
Especificar se: Com fetichismo, Com Autoginefilia
302.89 (F65.89) Perturbação Parafílica Com Outra Especificação (843)
302.9 (F65.9) Perturbação Parafílica Não Especificada (844)

Outras Perturbações Mentais (845)

294.8 (F06.8) Perturbação Mental com Outra Especificação Devida a Outra Condição Médica (845)
294.9 (F09) Perturbação Mental Não Especificada Devida a Outra Condição Médica (846)
300.9 (F99) Perturbação Mental Com Outra Especificação (846)
300.9 (F99) Perturbação Mental Não Especificada (847)

Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos (849)

332.1 (G21.11) Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos (849)
332.1 (G21.19) Parkinsonismo Induzido por Outros Medicamentos (849)
333.92 (G21.0) Síndrome Maligna dos Neurolépticos (850)
333.72 (G24.02) Distonia Aguda Induzida por Medicamentos (852)
333.99 (G25.71) Acatísia Aguda Induzida por Medicamentos (852)
333.85 (G24.01) Discinesia Tardia (852)
333.72 (G24.09) Distonia Tardia (853)
333.99 (G25.71) Acatísia Tardia (853)
333.1 (G25.1) Tremor Postural Induzido por Medicamentos (853)
333.99 (G25.79) Outras Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos (853)
__.__ (__.__) Síndrome de Descontinuação de Antidepressivos (853)
995.29 (T43.205A) Ocorrência inicial
995.29 (T43.205D) Ocorrência subsequente
995.29 (T43.205S) Sequelas
__.__ (__.__) Outros Efeitos Adversos de Medicamentos (855)
995.20 (T50.905A) Primeira ocorrência
995.20 (T50.905D) Ocorrência
995.20 (T50.905S) Sequelas

Outras Condições Que Podem Ser Um Foco de Atenção Clínica (857)

Problemas Relacionais (857)

Problemas Relacionados com a Educação Familiar (857)

V61.20 (Z62.820) Problemas Relacionais entre Pais e Criança (857)
V61.8 (Z62.891) Problemas Relacionais Fraternos (858)
V61.8 (Z62.29) Educação Longe dos Pais (858)
V61.29 (Z62.898) Criança Afetada por Relação Parental Atribulada (858)

Outros Problemas Relacionados com o Grupo de Suporte Primário

V61.10 (Z63.0) Relação Atribulada com o Cônjuge ou Parceiro Íntimo (858)
V61.03 (Z63.5) Disrupção Familiar por Separação ou Divórcio (859)
V61.8 (Z63.8) Nível Elevado de Emoção Expressa Dentro da Família (859)
V62.82 (Z63.4) Luto Não Complicado (859)

Abuso e Negligência (859)

Maus-tratos Infantis e Problemas de Negligência (860)

Abuso Físico Infantil (860)

Abuso Físico Infantil, Confirmado (860)
995.54 (T74.12XA) Ocorrência inicial
995.54 (T74.12XD) Ocorrência subsequente

Abuso Físico Infantil, Suspeitado (860)
995.54 (T76.12XA) Ocorrência inicial
995.54 (T76.12XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Físico Infantil
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil não parental
V15.41 (Z62.810) História pessoal (passada) de abuso físico na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil não parental

Abuso Sexual Infantil (860)

Abuso Sexual Infantil, Confirmado (860)
995.53 (T74.22XA) Ocorrência inicial
995.53 (T74.22XD) Ocorrência subsequente

Abuso Sexual Infantil, Suspeitado (861)
995.53 (T76.22XA) Ocorrência inicial
995.53 (T76.22XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Sexual Infantil (861)
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil não parental
V15.41 (Z62.810) História pessoal (passada) de abuso sexual na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil não parental

Negligência Infantil (861)

Negligência Infantil, Confirmada (861)
995.52 (T74.02XA) Ocorrência inicial
995.52 (T74.02XD) Ocorrência subsequente

Negligência Infantil, Suspeitada (861)
995.52 (T76.02XA) Ocorrência inicial
995.52 (T76.02XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Negligência Infantil (861)
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil não parental
V15.42 (Z62.812) História pessoal (passada) de negligência na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil não parental

Abuso Psicológico Infantil (861)

Abuso Psicológico Infantil, Confirmado
995.51 (T74.32XA) Ocorrência inicial
995.51 (T74.32XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Infantil, Suspeitado
995.51 (T76.32XA) Ocorrência inicial
995.51 (T76.32XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Psicológico Infantil (862)
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil não parental
V15.42 (Z62.811) História pessoal (passada) de abuso psicológico na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil não parental

Problemas de Maus-Tratos ou Negligência em Adultos (862)

Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros (862)

Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmada (862)
995.81 (T74.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T74.11XD) Ocorrência subsequente

Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitada (862)
995.81 (T76.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T76.11XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros (863)
V61.11 (Z69.11) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência física conjugal ou entre parceiros
V15.41 (Z91.410) História pessoal (passada) de violência física conjugal ou entre parceiros
V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de violência física conjugal ou entre parceiros

Violência Sexual Conjugal ou Entre Parceiros (863)

Violência Sexual Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmada (863)
995.83 (T74.21XA) Ocorrência inicial
995.83 (T74.21XD) Ocorrência subsequente

Violência Sexual Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitada (863)
995.83 (T76.21XA) Ocorrência inicial
995.83 (T76.21XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros (863)
V61.11 (Z69.81) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência sexual conjugal ou entre parceiros

V15.41 (Z91.410) História pessoal (passada) de violência sexual conjugal ou entre parceiros
V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de violência sexual conjugal ou entre parceiros

Negligência Conjugal ou Entre Parceiros (863)

Negligência Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmada (863)
995.85 (T74.01XA) Ocorrência inicial
995.85 (T74.01XD) Ocorrência subsequente

Negligência Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitada (863)
995.85 (T76.01XA) Ocorrência inicial
995.85 (T76.01XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Negligência Conjugal ou Entre Parceiros (863)
V61.11 (Z69.11) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência conjugal ou entre parceiros
V15.42 (Z91.412) História pessoal (passada) de negligência conjugal ou entre parceiros
V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência conjugal ou entre parceiros

Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros (863)

Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmado (863)
995.82 (T74.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T74.31XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitado (863)
995.82 (T76.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T76.31XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros (863)
V61.11 (Z69.11) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V15.42 (Z91.411) História pessoal (passada) de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros

Abuso entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro (864)

Abuso Físico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado (865)
995.81 (T74.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T74.11XD) Ocorrência subsequente

Abuso Físico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeitado (865)
995.81 (T76.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T76.11XD) Ocorrência subsequente

Abuso Sexual Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado (865)
995.83 (T74.21XA) Ocorrência inicial
995.83 (T74.21XD) Ocorrência subsequente

Abuso Sexual Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeitado (865)
995.83 (T76.21XA) Ocorrência inicial
995.83 (T76.21XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado (865)
995.82 (T74.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T74.31XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeitado (865)
995.82 (T76.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T76.31XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros (865)
V65.49 (Z69.81) Visita a serviços de saúde mental pela vitima de abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro
V62.83 (Z69.82) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro

Problemas Educacionais e Ocupacionais (865)

Problemas Educacionais (865)

V62.3 (Z55.9) Problema Educacional ou Académico (865)

Problemas Ocupacionais (866)

V62.21 (Z56.82) Problemas Relacionados com Colocação Militar Atual (866)
V62.29 (Z56.9) Outro Problema Relacionado com Emprego (866)

Problemas Económicos e de Alojamento (866)

Problemas de Alojamento (866)

V60.0 (Z59.0) Sem-Abrigo (866)
V60.1 (Z59.1) Alojamento Inadequado (866)
V60.89 (Z59.2) Discórdia com Vizinho, Inquilino ou Senhorio (866)
V60.6 (Z59.3) Problema Relacionado com Alojamento em Instituição Residencial (867)

Problemas Económicos (867)

V60.2 (Z59.4) Falta de Comida Adequada ou Água Potável (867)
V60.2 (Z59.5) Pobreza Extrema (867)
V60.2 (Z59.6) Baixo Rendimento (867)
V60.2 (Z59.7) Suporte Insuficiente pelas Instituições Sociais (867)
V60.9 (Z59.9) Problema Económico ou de Alojamento Não Especificado (867)

Outros Problemas Relacionados com o Ambiente Social (867)

V62.89 (Z60.0) Problema de Fase de Vida (867)
V60.3 (Z60.2) Problema Relacionado Com Viver Sozinho (867)
V62.4 (Z60.3) Dificuldade de Aculturação (867)
V62.4 (Z60.4) Exclusão ou Rejeição Social (867)
V62.4 (Z60.5) Alvo de Discriminação Desfavorável ou Perseguição (Percebida) (868)
V62.9 (Z60.9) Problema Não Especificado Relacionado com Ambiente Social (868)

Problemas Relacionados com Criminalidade ou com Interação com o Sistema Judicial (868)

V62.89 (Z65.4) Vítima de Crime (868)
V62.5 (Z65.0) Condenação em Processo Civil ou Criminal sem Prisão (868)
V62.5 (Z65.1) Prisão ou Outro Tipo de Encarceramento (868)
V62.5 (Z65.2) Problemas Relacionados com Libertação de Prisão (868)
V62.5 (Z65.3) Problemas Relacionados com Outras Circunstâncias Legais (868)

Outras Visitas a Serviços de Saúde para Obter Aconselhamento Médico (868)

V65.49 (Z70.9) Aconselhamento Sexual (868)
V65.40 (Z71.9) Outro Aconselhamento ou Consulta (868)

Problemas Relacionados com Outras Circunstâncias Psicossociais, Pessoais e Ambientais (868)

V62.89 (Z65.8) Problema Religioso ou Espiritual (868)
V61.7 (Z64.0) Problemas Relacionados com Gravidez Não Desejada (869)
V61.5 (Z64.1) Problemas Relacionados com Multiparidade (869)
V62.89 (Z64.4) Discórdia com Agente da Segurança Social, Incluindo de Liberdade Condicional, Gestor de Caso ou Assistente Social (869)
V62.89 (Z65.4) Vítima de Terrorismo ou Tortura (869)
V62.22 (Z65.5) Exposição a Desastre, Guerra ou Outro Tipo de Hostilidades (869)
V62.89 (Z65.8) Outro Problema Relacionado com Circunstâncias Psicossociais (869)
V62.9 (Z65.9) Problema Não Especificado Relacionado com Circunstâncias Psicossociais Não Especificadas (869)

Outras Circunstâncias de História Pessoal (869)

V15.49 (Z91.49) História Pessoal de Outro Trauma Psicológico (869)
V15.59 (Z91.5) História Pessoal de Lesões ao Próprio (869)
V62.22 (Z91.82) História Pessoal de Colocação Militar (869)
V15.89 (Z91.89) Outros Fatores de Risco Pessoais (869)
V69.9 (Z72.9) Problema Relacionado com Estilo de Vida (869)
V71.01 (Z72.811) Comportamento Antissocial no Adulto (869)
V71.02 (Z72.810) Comportamento Antissocial no Adolescente ou na Criança (869)

Problemas Relacionados com Acesso a Cuidados Médicos ou Outro Tipo de Assistência à Saúde (869)

V63.9 (Z75.3) Indisponibilidade ou Inacessibilidade a Instalações de Cuidados Médicos (869)
V63.8 (Z75.4) Indisponibilidade ou Inacessibilidade a Outro Tipo de Instituições de Auxílio (869)

Não Adesão ao Tratamento Médico (870)

V15.81 (Z91.19) Não Adesão ao Tratamento Médico (870)
278.00 (E66.9) Excesso de Peso ou Obesidade (870)
V65.2 (Z76.5) Simulação (870)
V40.31 (Z91.83) Deambulação Relacionada com Perturbação Mental (870)
V62.89 (R41.83) Funcionamento Intelectual-Limite (871)

Prefácio

O *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM) da American Psychiatric Association é uma classificação de perturbações mentais, com critérios concebidos para permitirem um diagnóstico mais fiável destas perturbações. Com sucessivas edições publicadas ao longo dos últimos 60 anos, tornou-se a referência da prática clínica em saúde mental. Dado que não é possível estabelecer uma descrição completa dos processos patológicos subjacentes de todas as perturbações mentais, é importante sublinhar que os atuais critérios de diagnóstico constituem a melhor descrição da forma como aquelas se expressam e podem ser reconhecidas por médicos experientes. O DSM destina-se a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar a informação que possa auxiliar o estabelecimento de um diagnóstico exato e o adequado tratamento das perturbações mentais. É uma ferramenta para médicos, um recurso educacional essencial aos estudantes e clínicos, bem como uma referência para os investigadores de campo.

Embora esta edição do DSM tenha sido concebida antes de mais para ser um guia útil para a prática clínica, enquanto nomenclatura oficial ele tem que ser suscetível de aplicar numa ampla variedade de contextos. O DSM tem sido utilizado por médicos e investigadores com diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, família/sistemas), que se esforçam por obter uma linguagem comum para comunicarem as características essenciais das perturbações mentais apresentadas pelos seus pacientes. Esta informação é valiosa para todos os profissionais associados com variados aspetos dos cuidados de saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, especialistas nas áreas forense e jurídica, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, bem como outros profissionais de saúde. Os critérios são concisos, explícitos e destinam-se a facilitar a avaliação objetiva dos sintomas de apresentação em diferentes ambientes clínicos – internamento, ambulatório, hospital de dia, consulta de ligação, clínica, clínica privada e cuidados primários –, bem como em estudos epidemiológicos de perturbações mentais na comunidade. O DSM-5 é também uma ferramenta para a recolha e comunicação rigorosas de estatísticas em saúde pública quanto às taxas de morbilidade e mortalidade das perturbações mentais. Por fim, os critérios e os correspondentes textos servem de manual, tanto para os estudantes que se encontram no início da sua profissão e que necessitam de uma forma estruturada para compreenderem e diagnosticarem as perturbações mentais, como para profissionais experientes que encontram pela primeira vez perturbações raras. Felizmente, todas estas utilizações são mutuamente compatíveis.

Estas diferentes necessidades e interesses foram tidos em conta no planeamento do DSM-5. A classificação das perturbações foi harmonizada com a *Classificação Internacional das Doenças* (ICD) da Organização Mundial da Saúde, que é o sistema de codificação oficial nos

por isso, importante otimizar a apresentação destas perturbações, de forma a melhorar o seu uso clínico e educacional. Ao invés de se separar a definição de episódio maníaco, hipomaníaco e depressivo major da definição de perturbação bipolar I, perturbação bipolar II e perturbação depressiva major como acontecia na edição anterior, incluímos todos os critérios componentes nos critérios respetivos de cada perturbação. Esta abordagem facilitará o diagnóstico junto ao leito e o tratamento destas importantes perturbações. De igual modo, as notas explicativas para distinguir luto e perturbações depressivas major proporcionará uma orientação clínica muito maior do que a que proporcionava o anterior critério de exclusão do luto. Os novos especificadores para ansiedade e características mistas estão agora inteiramente descritos no texto sobre variações dos especificadores que acompanha os critérios para estas perturbações.

Reestruturação das perturbações de uso de substâncias por questões de coerência e clareza. As categorias de abuso e dependência de substâncias foram eliminadas e substituídas por uma nova categoria abrangente de perturbações pela utilização de substâncias – na qual as perturbações são definidas pela substâncias específica usada. O termo «dependência» era facilmente confundido com «adição» quando, na realidade, a tolerância e a abstinência que anteriormente definiam a dependência são hoje em dia respostas muito normais a fármacos prescritos que afetam o sistema nervoso central e que não indicam, necessariamente, a presença de uma adição. Revendo e esclarecendo estes critérios no DSM-5, esperamos ter mitigado em parte o equívoco generalizado sobre estas questões.

Maior especificidade das perturbações neurocognitivas ligeira e major. Devido à explosão ocorrida em neurociência, neuropsicologia e imagiologia do cérebro nos últimos 20 anos, era da maior importância integrar o atual estado da arte no diagnóstico de tipos específicos de perturbações que antes eram designadas como «demências» ou doenças cerebrais orgânicas. Os marcadores biológicos identificados pela imagiologia das perturbações cerebrais vasculares e traumáticas, bem como achados específicos em genética molecular de variantes raras da doença de Alzheimer e da doença de Huntington conferiram enorme avanço aos diagnósticos clínicos, e estas e outras perturbações estão agora separadas em subtipos específicos.

Transição na conceptualização das perturbações da personalidade. Embora os benefícios de uma abordagem mais dimensional às perturbações da personalidade já tivessem sido identificados em anteriores edições, a transição de um sistema diagnóstico categorial de perturbações individuais para outro com base na distribuição relativa dos traços da personalidade não encontrou aceitação geral. No DSM-5, as perturbações da personalidade categoriais mantêm-se praticamente inalteradas em relação à edição anterior. Porém, foi proposto um novo modelo «híbrido» na Secção III, para orientar a investigação futura, que separa avaliações do funcionamento interpessoal e a expressão de traços da personalidade para seis perturbações específicas. Também se propõe um perfil mais dimensional, para uma abordagem mais específica dos traços.

Secção III: novas perturbações e características. Foi acrescentada uma nova secção (Secção III) para salientar as perturbações que exigem estudo, mas que não estão suficientemente bem estabelecidas para fazerem parte da classificação oficial das perturbações mentais para uso clínico de rotina. Também foram incorporadas medidas dimensionais da gravidade dos sintomas em 13 áreas de sintomas, para permitir medir os níveis de sintomas com gravidade variável em todos os grupos de diagnóstico. De igual modo, a escala *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS)*, um método-padrão para avaliar os níveis de incapaci-

dade global para perturbações mentais, que tem base na classificação CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e que é aplicável em todas as áreas da medicina, vem substituir a mais limitada Escala de Avaliação Global do Funcionamento. Esperamos que, à medida que estes instrumentos sejam implementados ao longo do tempo, eles proporcionem maior rigor e flexibilidade na descrição clínica das apresentações sintomáticas individuais e da incapacidade que lhe esteja associada, no decurso das avaliações psiquiátricas.

Melhoramentos *online*. O DSM-5 dispõe de informação complementar *online*. Assim, encontram-se disponíveis informações transversais e instrumentos de medida da gravidade do diagnóstico. Além disso, pode ainda encontrar-se o Questionário de Formulação Cultural (*Cultural Formulation Interview – Informant Version*), existindo também módulos suplementares da CFI online em www.psychiatry.org/dsm5.

Estas inovações foram concebidas pelas maiores autoridades a nível mundial em perturbações mentais e foram implementadas com base na revisão que delas fizeram, no debate público e na revisão por pares independentes. Os 13 grupos de trabalho, sob a direção da Comissão Elaboradora do DSM-5, em conjunto com outros corpos de revisores e, finalmente, o Conselho de Administração da APA, representam coletivamente a competência global nesta especialidade. Este esforço foi suportado por uma extensa base de consultores e pelos profissionais da Divisão de Investigação da APA; os nomes de todos os que estiveram envolvidos são demasiado numerosos para aqui serem mencionados, mas são referidos em Apêndice. Devemos um enorme agradecimento àqueles que dedicaram horas incontáveis e a sua inestimável competência a este esforço para melhorar o diagnóstico das perturbações mentais.

Gostaríamos de agradecer em especial aos diretores, coordenadores de texto e membros dos 13 grupos, indicados no frontispício do manual, que dedicaram muitas horas de esforço voluntário para melhorarem a base científica da prática clínica, durante um período contínuo de seis anos. Susan K. Schultz, M. D., que foi editora de texto, trabalhou incansavelmente com Emily A. Kuhl, Ph. D., *senior science writer* e editora de texto do DSM-5, para coordenarem os esforços dos grupos de trabalho num todo coeso. William E. Narrow, M. D., M. P. H., dirigiu o grupo de investigação que desenvolveu a estratégia global de investigação do DSM-5, incluindo os ensaios de campo, que melhoraram muito a base de evidência para esta revisão. Além disso, estamos gratos a todos quantos dedicaram tanto tempo à revisão independente das propostas de revisão, incluindo Kenneth S. Kendler, M. D., e Robert Freedman, M. D., codiretores da Comissão de Revisão Científica; John S. MacIntyre, M. D., e Joel Yager, M. D., codiretores da Comissão de Clínica e Saúde Pública; e Glenn Martin, M. D., diretor da Assembleia da APA para o processo de revisão. Um agradecimento especial vai para Helena C. Kraemer, Ph. D., pela sua competente consultoria estatística; Michael B. Firts, M. D., pela sua valiosa participação na codificação e revisão dos critérios; e Paul S. Appelbaum, M.D., pela informação em questões forenses. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, também participou na verificação de todas as codificações da ICD. O Grupo de Cúpula, que incluiu estes consultores, os diretores de todos os grupos de revisão, os diretores da comissão elaboradora e os executivos da APA, presididos por Dilip V. Jeste, M. D., prestou liderança e visão para que se obtivesse um compromisso e um consenso. Este nível de empenhamento contribuiu para o equilíbrio e a objetividade que consideramos como traços distintivos do DSM-5.

Reconhecemos muito especialmente o notável conjunto de profissionais da Divisão de Investigação da APA – identificados na Comissão Elaboradora e na lista de Grupos de Trabalho no frontispício deste manual – que trabalharam incansavelmente na interação com a comissão elaboradora, os grupos de trabalho, os consultores e revisores para resolverem questões, estabeleceram a ligação entre grupos, dirigiram e geriram os ensaios académicos e ensaios de campo em prática clínica, e registaram decisões no âmbito deste importante processo. Em particular, apreciámos o apoio e orientação dados por James H. Scully Jr., M. D., Diretor Médico e Administrador-Executivo da APA, ao longo dos anos e trabalho árduo do processo de desenvolvimento. Finalmente, agradecemos aos profissionais de edição e produção da American Psychiatric Publishing – nomeadamente, Rebecca Rinehart, *Publisher*; John McDuffie, Diretor Editorial; Ann Eng, Editora Sénior; Greg Kuny, Editor Executivo; e Tammy Cordova, Diretora de Design Gráfico – pela orientação para a unificação e criação do produto final. Este é o culminar dos esforços de muitas pessoas talentosas que dedicaram o seu tempo, competência e paixão que tornaram o DSM-5 possível.

David J. Kupfer, M. D.
Presidente da Comissão Elaboradora do DSM-5

Darrel A. Regier, M. D., M. P. H.
Vice-Presidente da Comissão Elaboradora do DSM-5
19 de dezembro de 2012

Secção I

Conceitos Básicos do DSM-5

Introdução 5
Uso do Manual 21
Declaração Cautelar para Utilização do DSM-5 em Questões Forenses . . . 29

Esta secção constitui uma orientação básica quanto à finalidade, estrutura, conteúdo e utilização do DSM-5. Não foi concebida para proporcionar uma história exaustiva da evolução do DSM-5, mas sim para dar aos leitores uma visão geral sucinta dos seus elementos-chave. A secção introdutória descreve o processo de revisão público, profissional e especializado que foi utilizado para avaliar de forma extensiva os critérios de diagnóstico apresentados na Secção II. Apresenta-se um resumo da estrutura do DSM-5, da sua harmonização com a ICD-11 e a transição para um sistema não-axial, com uma nova abordagem para a avaliação da incapacidade. O título «Uso do Manual» inclui «Definição de Perturbação Mental», considerações de natureza forense e uma breve visão geral do processo de diagnóstico e utilização dos procedimentos de codificação e registo.

Introdução

A criação da quinta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5) foi um empreendimento de enormes proporções, que envolveu centenas de pessoas a trabalharem com vista a um objetivo comum num processo que demorou 12 anos. Na avaliação dos critérios de diagnóstico estiveram envolvidos muita ponderação e debate, considerando a organização de cada aspeto do manual, e para criar novas características que se julgam ter grande utilidade para os clínicos. Todos estes esforços foram realizados tendo como propósito melhorar a utilidade do DSM-5 enquanto guia para o diagnóstico de perturbações mentais.

Os diagnósticos fiáveis são essenciais para orientar recomendações de tratamento, identificar taxas de prevalência destinadas ao planeamento dos serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para investigação clínica e básica e documentar informações importantes em saúde pública, tais como as taxas de morbilidade e mortalidade. À medida que a compreensão das perturbações mentais e dos seus respetivos tratamentos foi evoluindo, os profissionais médicos, cientistas e clínicos concentraram-se nas características de perturbações específicas e nas suas implicações no tratamento e na investigação.

Ao mesmo tempo que o DSM era a pedra angular de enormes progressos em fiabilidade, era bem reconhecido, tanto pela American Psychiatric Association (APA), como por uma ampla comunidade científica que trabalhava na área das perturbações mentais, que a ciência ainda não estava suficientemente amadurecida para produzir diagnósticos completamente validades – ou seja, para produzir validadores científicos coerentes, fortes e objetivos para cada uma das perturbações constantes no DSM. A ciência das perturbações mentais continua a evoluir. Porém, as duas décadas decorridas após a publicação do DSM-IV assistiram a grandes e duradouros progressos em áreas tais como a neurociência cognitiva, a imagiologia do cérebro, a epidemiologia e a genética. A Comissão Elaboradora do DSM-5 que superintendia a nova edição reconheceu que os avanços da investigação exigiam alterações cuidadosas e reiteradas, caso o DSM pretendesse conservar o seu lugar enquanto classificação basilar das perturbações mentais. Assim, encontrar o equilíbrio exato tem a maior importância. Os resultados especulativos não podem integrar uma nosologia oficial, mas, ao mesmo tempo, o DSM tem que evoluir no contexto de outras iniciativas de investigação clínica no campo. Um aspeto importante desta transição deriva do amplo reconhecimento de que um sistema categorial demasiado rígido não capta a experiência clínica ou importantes observações científicas. Os resultados de numerosos estudos de comorbilidade e de transmissão de doença em famílias, incluindo estudos de gémeos e estudos de genética molecular, fornecem fortes argumentos para aquilo que muitos clínicos perspicazes há muito tinham observado: as fronteiras entre

muitas «categorias» de perturbações são mais fluidas ao longo da vida do que o DSM-IV reconhecia, e muitos sintomas atribuídos a uma única perturbação podem ocorrer, com níveis de gravidade variáveis, em muitas outras perturbações. Estes achados significam que o DSM, tal como outras classificações médicas de doenças, devem acomodar formas de introduzir abordagens dimensionais às perturbações mentais, incluindo dimensões que atravessem as atuais categorias. Uma tal abordagem deve permitir uma descrição mais exata das apresentações dos pacientes e aumentar a validade do diagnóstico (isto é, o grau em que os critérios de diagnóstico refletem a manifestação global de uma perturbação psicopatológica subjacente). O DSM-5 foi concebido para satisfazer melhor a necessidade dos clínicos, médicos, famílias e investigadores, com vista a uma descrição clara e concisa de cada perturbação mental, organizada segundo os critérios de diagnóstico explícitos, complementados, sempre que apropriado, por medidas dimensionais transversais às fronteiras diagnósticas, e uma breve síntese de informação sobre o diagnóstico, os fatores de risco, as características associadas, os avanços da investigação e várias expressões da perturbação.

São necessários treino clínico e experiência para utilizar o DSM na determinação de um diagnóstico. Os critérios de diagnóstico identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de síndromes e durações que exigem competência clínica para distinguir a variação da vida normal das respostas transitórias ao stress. Para facilitar o exame minucioso da variedade de sintomas presentes, o DSM pode servir aos clínicos como um guia para identificarem os sintomas mais proeminentes que devem ser avaliados quando estão a diagnosticar uma perturbação. Embora algumas perturbações mentais possam ter fronteiras bem definidas em torno de conjuntos de sintomas, a evidência científica coloca agora muitas, senão mesmo a maior parte delas, perturbações num espectro de perturbações intimamente relacionadas que partilham sintomas e fatores de risco genéticos e ambientais, e que possivelmente também partilham substractos neurais (que talvez estejam mais solidamente estabelecidos em relação a um subconjunto de perturbações da ansiedade, através da neuroimagiologia e de modelos animais). Em resumo, acabámos por reconhecer que as fronteiras entre perturbações são mais porosas do que inicialmente tínhamos entendido.

Muitos grupos de profissionais de saúde e da educação têm estado envolvidos no desenvolvimento e teste do DSM 5, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, epidemiologistas, estatísticos, neurocientistas e neuropsicólogos. Por fim, pacientes, famílias, advogados, organizações de consumidores e grupos de defesa participaram na revisão do DSM-5 fornecendo informação sobre as perturbações mentais descritas neste volume. A sua monitorização das descrições e dos textos explicativos é essencial para melhorar a compreensão, diminuir o estigma e fazer avançar o tratamento e a eventual cura destes estados.

Uma Breve História

A APA publicou um predecessor do DSM em 1844, sob a forma de uma classificação estatística dos pacientes mentais institucionalizados. Ela destinava-se a melhorar a comunicação sobre os tipos de pacientes que eram cuidados nestes hospitais. Este precursor do DSM também era usado como componente do censo completo nos EUA. Depois da Segunda Guerra Mundial, o DSM evoluiu ao longo de quatro grandes edições para um sistema de

classificação diagnóstica destinado a psiquiatras, outros médicos e profissionais de saúde, que descrevia as características essenciais de todas as perturbações mentais. A edição atual, DSM-5, foi construída sobre o objetivo das suas predecessoras (mais recentemente, DSM-IV-TR, ou Revisão de Texto, publicado em 2000) que era o de fornecerem orientações para o diagnóstico que possam informar as decisões de tratamento e de gestão dos casos.

Processo de Revisão do DSM-5

Em 1999, a APA publicou uma avaliação das forças e fraquezas do DSM, com base na investigação que estava a surgir e que não apoiava as fronteiras estabelecidas para algumas perturbações mentais. Este esforço foi coordenado com a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), a World Psychiatric Association e o National Institute of Mental Health (NIMH) sob a forma de várias conferências, cujos resultados foram publicados em 2002 numa monografia intitulada *A Research Agenda for DSM V*. A partir de então, de 2003 a 2008, um acordo de cooperação entre a APA e a OMS foi suportado pelo NIMH, pelo *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* e pelo *National institute on Alcoholism and Alcohol Abuse* (NIAAA) para convocar 13 conferências internacionais de planeamento de investigação do DSM-5, envolvendo 400 participantes de 39 países, a fim de reverem a literatura mundial sobre áreas de diagnóstico específicas, para prepararem as revisões de desenvolvimento quer do DSM-5, quer da Classificação Internacional das Doenças, 11.ª revisão (ICD-11). Os relatórios destas conferências formaram a base das revisões futuras da Comissão Elaboradora do DSM-5 e prepararam o terreno para a nova edição do DSM.

Em 2006, a APA nomeou David J. Kupfer, M. D., como Presidente e Darrel A. Regier, M. D., M. P. H., como Vice-Presidente da Comissão Elaboradora do DSM-5. Eles foram incumbidos de recomendar diretores para os 13 grupos de trabalho sobre os diagnósticos e outros membros da comissão elaboradora, com diferentes competências multidisciplinares, que supervisionariam o desenvolvimento do DSM-5. Foi iniciado um outro processo pelo Conselho de Administração da APA com a finalidade de descobrir meios de financiamento e, assim, evitar conflitos de interesses por parte dos membros da comissão elaboradora e dos grupos de trabalho. A divulgação completa de todos os rendimentos e bolsas de investigação provenientes de entidades comerciais, incluindo a indústria farmacêutica, nos três anos anteriores, a imposição de um limite de rendimentos de todas as fontes comerciais e a divulgação destas informações numa página Web estabeleceram um novo padrão nesta matéria. Depois disso, a comissão elaboradora constituída por 28 membros foi aprovada em 2007 e as nomeações de mais de 130 membros dos grupos de trabalho foram aprovadas em 2008. Foi também aprovada a participação no processo de mais de 400 outros consultores dos grupos de trabalho, sem direito de voto. Uma conceção clara do próximo estádio de evolução da classificação das perturbações mentais tinha uma posição central nos trabalhos da comissão elaboradora e dos grupos de trabalho. Esta conceção emergiu à medida que a comissão elaboradora e os grupos de trabalhos relataram a história da classificação do DSM-IV, as suas atuais forças e limitações, e as diretivas estratégicas para a sua revisão. Um processo intensivo que durou 6 anos envolveu revisões da literatura e análises secundárias, a publicação de relatórios na imprensa científica, o desenvolvimento de projetos de critérios de diagnóstico, a publicação dos projetos preliminares na página Web do DSM-5 para serem comentados pelo público, a apresentação de achados preliminares em encontros profissionais, a realização de trabalhos de campo e a revisão dos critérios e textos.

Propostas de Revisões

As propostas de revisão dos critérios de diagnóstico do DSM-5 foram desenvolvidas por membros dos grupos de trabalho com base na fundamentação, alcance das alterações, impacto esperado em gestão clínica e saúde pública, solidez da evidência de investigação em seu abono, clareza global e utilidade clínica. As propostas abrangiam alterações aos critérios de diagnóstico, a adição de novas perturbações, subtipos e especificadores, e ainda a eliminação de perturbações existentes.

Nas propostas para revisão, começaram por ser identificadas as forças e fraquezas dos atuais critérios e da nosologia. Foram considerados novos achados científicos, surgidos no decurso das duas décadas anteriores, que conduziram à criação de um plano de investigação para avaliar potenciais alterações através de revisões da literatura e de análises secundárias de dados. Quatro princípios orientaram os projetos de revisão: 1) o DSM-5 destina-se primariamente a ser um manual utilizado por médicos e as revisões devem ser exequíveis na prática clínica, 2) as recomendações para as revisões devem ser orientadas pela evidência resultante da investigação, 3) sempre que possível, deve manter-se a continuidade com as edições anteriores do DSM, e 4) não devem ser colocados *a priori* quaisquer constrangimentos quanto ao grau de alteração entre o DSM-IV e o DSM-5.

Partindo das revisões iniciais da literatura, os grupos de trabalho identificaram questões-chave nas suas áreas de diagnóstico. Os grupos de trabalho também examinaram preocupações metodológicas mais amplas, tais como a presença de achados contraditórios na literatura; o desenvolvimento de uma definição refinada de perturbação mental; questões transversais relevantes para todas as perturbações; e a revisão das perturbações classificadas no DSM-IV como «sem outra especificação». A inclusão de uma proposta de revisão na Secção II foi delineada pela consideração das suas vantagens e desvantagens nos planos da saúde pública e da utilidade clínica, pela solidez da evidência e pela magnitude da alteração. Os novos diagnósticos, subtipos de perturbações e especificadores foram sujeitos a estipulações adicionais, tais como a demonstração da sua fiabilidade (isto é, o grau no qual os clínicos podem chegar de forma independente ao mesmo diagnóstico num dado paciente). Foi considerada a eliminação das perturbações com reduzida utilidade clínica e fraca validade. A colocação de condições em «Condições para Estudo Futuro» na Secção III dependeu da quantidade de evidência empírica gerada pelo diagnóstico, pela fiabilidade diagnóstica, ou pela validade, presença de clara necessidade clínica e potenciais benefícios de prosseguir a investigação.

Ensaios de Campo do DSM-5

O uso de ensaios de campo para demonstrar empiricamente a fiabilidade foi um progresso digno de nota introduzido no DSM-III. A estratégia de conceção e implementação dos Ensaios de Campo do DSM-5 representa diversas alterações relativamente às abordagens adotadas no DSM-III e no DSM-IV, especialmente na obtenção de dados sobre a precisão das estimativas de fiabilidade do kappa (kappa de Cohen - uma medida estatística que avalia o grau de concordância entre avaliadores, que corrige a concordância por acaso devido às taxas de prevalência) no contexto de ambientes clínicos com elevados níveis de comorbilidade diagnóstica. No caso do DSM-5, os ensaios de campo foram ampliados utilizando-se duas conceções distintas: uma em diferentes ambientes médicos-académicos de grandes dimensões, e a outra em práticas clínicas de rotina. A primeira tirou proveito da necessidade de amostras de grandes dimensões para testar hipóteses sobre a fiabilidade e a utilidade

clínica de uma variedade de diagnósticos em diferentes populações de pacientes; a segunda forneceu informação valiosa sobre a forma como as revisões propostas se comportavam em ambientes de clínica do dia a dia, numa amostra diferente de utilizadores do DSM. Espera-se que os futuros estudos de investigação, clínicos e de base, se concentrarão na validade dos critérios de diagnóstico categoriais e nas características dimensionais subjacentes destas perturbações (incluindo as que estão atualmente a ser exploradas pela iniciativa *NIMH Research Domain Criteria*).

Os ensaios de campo médicos-académicos foram realizados em 11 locais médico-académicos norte-americanos e avaliaram a fiabilidade, a exequibilidade e a utilidade clínica de revisões escolhidas, sendo dada prioridade àquelas que representavam o maior grau de alteração relativamente ao DSM-IV, ou às que possuíam maior potencial de impacto em termos de saúde pública. As populações clínicas de pacientes em cada local foram despistadas quanto aos diagnósticos do DSM-IV ou sintomas qualificadores com probabilidade de predizerem várias perturbações do DSM-5 com interesse. Em cada local foram identificadas amostras estratificadas de 4 a 4 perturbações específicas, além de um estrato que contivesse uma amostra representativa de todos os outros diagnósticos. Os pacientes deram o seu consentimento para participação no estudo e foram aleatoriamente distribuídos para uma entrevista clínica por um médico desconhecedor do diagnóstico, a que se seguiu uma segunda entrevista realizada por um médico desconhecedor dos anteriores diagnósticos. Os pacientes começaram por preencher um questionário assistido por computador com sintomas transversais a mais de uma dúzia de domínios psicológicos. Estes questionários foram pontuados por um servidor central e os resultados foram fornecidos a médicos antes que estes realizassem uma entrevista clínica típica (sem protocolo estruturado). Pedia-se aos médicos que pontuassem a presença de critérios qualificadores numa lista de controlo de diagnósticos do DSM-5 assistida por computador, pontuassem a gravidade do diagnóstico e submetessem todos os dados ao servidor central com base na Web. Esta conceção de estudo permitiu o cálculo do grau em dois médicos independentes poderiam concordar num diagnóstico (utilizando a estatística K intraclasses) e a concordância de um único paciente ou dois médicos diferentes em duas pontuações separadas de sintomas, traços de personalidade, incapacidade, todos estes transversais, e medidas de gravidade diagnóstica (utilizando coeficientes de correlação intraclasses), junto com informação sobre a precisão destas estimativas de fiabilidade. Também foi possível avaliar as taxas de prevalência de estados, quer do DSM-IV quer do DSM-5, nas respetivas populações clínicas.

Os ensaios de campo de prática clínica de rotina envolveram o recrutamento de psiquiatras e outros médicos de saúde mental. Foi recrutada uma amostra de voluntários que incluiu generalistas e psiquiatras especializados, psicólogos, assistentes sociais clínicos licenciados, conselheiros, terapeutas matrimoniais e familiares e enfermeiros de saúde mental com prática psiquiátrica avançada. Os ensaios de campo permitiram a exposição aos diagnósticos e medidas dimensionais propostos para o DSM-5 de uma grande variedade de médicos, de forma que estes avaliassem a sua fiabilidade e utilidade clínica.

Revisão Pública e Profissional

Em 2010 a APA lançou uma nova página Web, para que o público e os profissionais pudessem dar contributos para o DSM-5. Todos os projetos de critérios e propostas de alterações foram postados em www.dsm5.org durante um período de dois meses. Foram postadas mais de 8.000 respostas, as quais foram sistematicamente revistas por cada um dos 13 grupos de

trabalho, cujos membros, sempre que apropriado, integraram perguntas e comentários nas discussões das revisões dos projetos e planos para o teste dos ensaios de campo. Depois das revisões aos projetos iniciais de critérios e +propostas de organização de capítulos, ocorreu em 2011 uma segunda postagem. Os grupos de trabalho avaliaram a respostas dadas através da Web e os resultados dos Ensaios de Campo do DSM-5 quando os projetos propunham critérios definitivos, que foram postados na página Web durante um terceiro e último período em 2012. Estas três ações de revisão externa produziram mais de 13.000 comentários individuais na página Web, que foram revistas pelos grupos de trabalho, além de alguns milhares de signatários d petições a favor e contra algumas das alterações propostas, todas as quais permitiram que a comissão elaboradora lidasse ativamente com as preocupações dos utilizadores do DSM, bem como de grupos de pacientes e advogados, e garantisse que a utilidade clínica conservaria a sua alta prioridade.

Revisão por Especialistas

Os membros dos 13 grupos de trabalho, que representavam as capacidades periciais nas suas respetivas áreas, colaboraram com consultores e revisores sob a direção geral da Comissão Elaboradora do DSM-5 na criação de projetos de critérios de diagnósticos e dos respetivos textos de acompanhamento. O esforço foi suportado por uma equipa dos membros da Divisão de Investigação da APA e desenvolveu-se através de uma rede de coordenadores de texto de cada grupo de trabalho. A preparação do texto foi coordenada pelo editor de texto, que trabalhou em estreita colaboração com os grupos de trabalho e sob a direção dos diretores da comissão elaboradora. Foi criada a Comissão de Revisão Científica (*Scientific Review Commission* – SRC), à qual incumbia um processo de revisão por pares científicos, independente da dos grupos de trabalho. O presidente, o vice-presidente e seis membros da SRC foram encarregados de aferir o grau em que as alterações do DSM-IV propostas eram suportadas por evidência científica. Cada proposta de revisão de diagnósticos exigia um memorando de evidência para as alterações, preparado pelo grupo de trabalho e acompanhado por um resumo de dados de suporte organizado em torno de validadores para os critérios de diagnóstico propostos (isto é, validadores antecedentes, tais como agregação familiar, validadores concorrentes, tais como marcadores biológicos, e validadores, futuros tais como a resposta ao tratamento, ou a evolução da doença). As propostas eram revistas pela SRC e pontuadas de acordo com a força dos dados científicos de suporte. Considerou-se, em geral, que outras justificações de alteração, tais como as que tiveram origem na experiência clínica, ou na necessidade de uma reformulação conceptual das categorias diagnósticas, estavam fora da alçada da SRC. As pontuações dos revisores, que variavam substancialmente nas diferentes propostas, juntamente com um breve comentário de acompanhamento, foram devolvidos ao Conselho de Administração da APA e aos grupos de trabalho para análise e resposta.

A Comissão Clínica e de Saúde Pública (*Clinical and Public Health Commitee – CPHC*), composta por um Presidente, um Vice-Presidente e seis vogais, foi nomeada para estudar questões adicionais relativas a utilidade clínica, saúde pública e clarificação lógica dos critérios que ainda não tinham acumulado o tipo ou quantidade de evidência que a SRC considerava suficiente para se adotar as alterações. Este processo de revisão foi especialmente importante no caso das perturbações do DSM-IV que se sabia terem deficiências e para as quais não tinham sido propostas formas de as remediar no processo de revisão do DSM, nem tinham sido sujeitas a estudos de investigação replicados. Estas perturbações selecionadas foram avaliadas por quatro a cinco revisores externos e os resultados cegos foram

revistos por membros da CPCH, que por sua vez fizeram recomendações ao Conselho de Administração da APA e aos grupos de trabalho.

Foram realizadas revisões de natureza forense por membros do Conselho de Psiquiatria e Direito da APA (*APA Council on Psychiatry and Law*) das perturbações que figuram com frequência em questões de natureza forense e das que possuíam elevado potencial para influenciar julgamentos civis e criminais em tribunais. Os grupos de trabalho também forneceram peritos forenses que atuaram como consultores em áreas pertinentes para complementarem as competências do Conselho de Psiquiatria e Direito.

Os grupos de trabalho foram encarregados de efetuar a revisão de toda a literatura de investigação em torno de cada área de diagnóstico, incluindo os critérios de diagnóstico antigos, revistos e novos, num processo de revisão intensiva com 6 anos de duração para avaliar os argumentos a favor e contra de se proceder ou a pequenas alterações repetidas, ou a grandes alterações conceptuais para lidar com a inevitável reificação que ocorre com as abordagens diagnósticas conceptuais que vigoram durante várias décadas. Essas alterações incluíam a fusão de áreas de diagnóstico previamente separadas em espectros mais dimensionais, tais como a que ocorreu com a perturbação do espectro do autismo, as perturbações por uso de substâncias, as disfunções sexuais e a perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. Outras alterações incluíram a correção de defeitos que já eram aparentes na escolha de critérios operacionais para algumas perturbações. Estes tipos de alterações colocaram desafios especiais aos processos de revisão da SRC e da CPHC, que não tinham sido construídos para apreciar a validade dos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Porém, a Comissão Elaboradora do DSM-5, que tinha revisto as alterações propostas e tinha a responsabilidade de rever o texto que descrevia cada perturbação ao mesmo tempo que os grupos de trabalho durante este período, encontrava-se numa posição única para produzir um julgamento informado sobre os méritos científicos de tais revisões. Além disso, muitas destas grandes alterações foram sujeitas a testes de ensaios de campo, apesar de o teste exaustivo de todas as alterações propostas não poder ser acomodado por esses testes, devido a limitações de tempo e de disponibilidade de recursos.

Uma recomendação final emitida pela comissão elaboradora foi então transmitida ao Conselho de Administração da APA e à *Assembly's Commitee* da APA para o DSM-5, no sentido de terem em conta alguma da utilidade clínica e das características de exequibilidade das revisões propostas. A assembleia é um corpo deliberativo da APA que representa os ramos distritais e associados mais amplos, que é composta por psiquiatras de todos os Estados Unidos, o que permite que haja diversidade geográfica, de dimensão da prática clínica e de interesses. A Comissão para o DSM-5 é constituída por um grupo variado de dirigentes de assembleias.

Na sequência de todos os anteriores passos da revisão, realizou-se uma sessão da «comissão superior» executiva, para consolidar informações da revisão e dos dirigentes da *Assembly's Commitee*, dos diretores da comissão elaboradora, um consultor forense, e um consultor em estatística, para uma revisão preliminar de cada perturbação pela assembleia e pelas comissões executivas do Conselho de Administração da APA. Esta precedeu uma revisão preliminar realizada pelo pleno do Conselho de Administração ad APA. A assembleia votou, em novembro de 2012, a recomendação de que o Conselho aprovasse a publicação do DSM-5, e o Conselho de Administração da APAS aprovou a sua publicação em dezembro de 2012. Os muitos peritos, revisores e consultores que contribuíram para este processo encontram-se discriminados em Apêndice.

Estrutura Organizacional

As definições de perturbações individuais que constituem os conjuntos operacionalizados de critérios de diagnóstico representam o núcleo do DSM-5 para finalidades clínicas e de investigação. Estes critérios foram sujeitos a revisão científica, embora em grau variável, e muitas perturbações foram submetidas a ensaios de campo em termos de fiabilidade entre pontuadores. Em contrapartida, não se considerou geralmente que a classificação de perturbações (a forma segundo a qual as perturbações estão agrupadas e que proporciona um elevado nível de organização ao manual) fosse cientificamente significativa, apesar do facto de terem que sido feitos julgamentos quando as perturbações foram inicialmente divididas em capítulos no DSM-III.

O DSM é uma classificação médica de perturbações e, como tal, constitui um esquema cognitivo imposto historicamente, com base em informação clínica e científica para aumentar a sua inteligibilidade e utilidade. Não surpreende que, à medida que a ciência que o fundamente e que acabou por conduzir ao DSM-III tenha atingido quase meio século de idade, tenham começado a surgir desafios, tanto para médicos, como para cientistas, que são mais inerentes à estrutura do DSM do que à descrição de qualquer uma das perturbações. Estes desafios incluem as elevadas taxas de comorbilidade internas e transversais aos capítulos do DSM, uma utilização excessiva e a necessidade de confiar nos critérios «sem outra especificação» (SOE) e uma crescente incapacidade para i9ntegrar as perturbações do DSM com os resultados de estudos genéticos e outros achados científicos.

À medida que a APA e a OMS começaram a planear as suas respetivas revisões do DSM e da *Classificação Internacional das Doenças* (ICD), ambas consideraram a possibilidade de melhorar a utilidade clínica (por exemplo, ajudando a explicar a aparente comorbilidade) e facilitar a investigação científica repensando as estruturas organizacionais das duas publicações segundo um sistema linear designado por códigos alfanuméricos que sequenciassem os capítulos de acordo com uma qualquer estrutura racional e relacional. Foi da maior importância, tanto para a Comissão Elaboradora do DSM-5, como para o *International Advisory Group* da OMS na revisão da secção da ICD-10 sobre Perturbações Mentais e do Comportamento, que as revisões da organização melhorassem a utilidade clínica e se mantivessem dentro das fronteiras da informação científica bem replicada. Embora a necessidade de reforma parecesse evidente, era importante respeitar o estado da ciência, bem como o desafio que uma alteração muito rápida colocaria às comunidades médicas e de investigação. Com esse espírito, a revisão da organização foi abordada como uma reforma conservadora e evolutiva dos diagnósticos, que seria orientada pela evidência científica emergente sobre as relações entre grupos de perturbações. Reordenando e reagrupando as perturbações existentes, a estrutura revista destina-se a estimular novas perspetivas clínicas e a encorajar a investigação a identificar fatores transversais psicológicos e fisiológicos que não estejam ligados por designações estritamente categoriais.

A utilização dos critérios do DSM possui a clara virtude de criar uma língua comum para a comunicação entre médicos sobre as perturbações e os seus diagnósticos. Os critérios e perturbações oficiais que se determinou que possuíam aplicabilidade clínica geralmente aceite encontram-se localizados na Secção II do manual. Porém, deve notar-se que estes critérios de diagnóstico e as suas relações dentro da classificação são baseados na investigação atual e podem necessitar de serem modificados, à medida que nova evidência seja obtida pela investigação futura, tanto interiormente como transversalmente nos domínios das perturba-

ções propostas. As «Condições que Necessitam de Estudo» descritas na Secção III são aquelas relativamente às quais se considera não existir ainda evidência científica que justifique o seu uso clínico generalizado. Estes critérios de diagnóstico são incluídos para assinalar a evolução e direção dos avanços científicos nestas áreas, de forma a estimular a prossecução da investigação.

Quando está em marcha um processo de revisão, especialmente com esta complexidade, surgem diferentes pontos de vista, tendo-se feito um esforço para os considerar e, quando justificado, adotá-los. Por exemplo, as perturbações da personalidade são incluídas nas Secções II e III. A Secção II representa uma atualização do texto associado aos mesmos critérios que se encontram no DSM-IV-TR, ao passo que a Secção III inclui o modelo proposto para os diagnósticos de perturbações da personalidade e a conceptualização desenvolvida pelo Grupo de Trabalho da Personalidade e Perturbações da Personalidade do DSM-5. À medida que este campo evolui, espera-se que ambas as versões sirvam a prática clínica e as inciativas de investigação.

Harmonização com a ICD-11

Os grupos que tinham por encargo rever os sistemas do DSM e da ICD tinham em comum o difícil objetivo de harmonizarem as duas classificações tanto quanto possível, pelas seguintes razões:

- A existência de duas grandes classificações de perturbações mentais levanta obstáculos à recolha e utilização de estatísticas nacionais de saúde, à conceção de ensaios clínicos destinados a desenvolver novos tratamentos e à consideração da aplicabilidade global dos resultados por entidades reguladoras internacionais.
- Num sentido mais amplo, a existência de duas classificações complica as tentativas para replicar resultados científicos através das fronteiras nacionais.
- Mesmo quando havia a intenção de identificar populações de pacientes idênticas, os diagnósticos do DSM-IV e da ICD-10 nem sempre eram concordantes.

No início do processo das revisões, tornou-se aparente que uma estrutura organizacional comum ajudaria a harmonizar as classificações. De facto, a utilização de uma estrutura comum ajudou a integrar o labor dos grupos de trabalho do DSM e da ICD e a que houvesse uma concentração em questões científicas. A organização do DSM-5 e a estrutura linear proposta para a ICD-11 foram aprovadas pela direção do projeto *NIMH Research Domain Criteria* (RDoC), como sendo coerentes com a estrutura global inicial desse projeto.

É claro que eram esperados desacordos quanto à classificação da psicopatologia e a critérios específicos para certas perturbações, dado o atual estado do conhecimento científico. Porém, a maior parte das discordâncias mais proeminentes entre as classificações do DSM e da ICD não refletem diferenças científicas reais, mas, ao invés, representam derivados de processos de comissões independentes.

Para surpresa dos participantes em ambos os processos de revisão, grandes secções do conteúdo acomodavam-se com relativa facilidade no seu lugar, refletindo as reais forças em certas áreas da literatura científica, tais como a epidemiologia, as análises de comorbilidade, os estudos de gémeos e certas outras conceções geneticamente informadas. Quando surgiam disparidades, estas refletiam quase sempre a necessidade de se fazer um julgamento sobre onde colocar a perturbação, em face de dados incompletos, ou, mais frequentemente,

conflituais. Assim, por exemplo, com base em padrões de sintomas, comorbilidade e fatores de risco comuns, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) foi colocada nas perturbações do neurodesenvolvimento, mas os mesmos dados também sustentavam fortes argumentos para que se colocasse a PHDA nas Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento. Estas questões foram resolvidas pela preponderância da evidência (mais particularmente validadores aprovados pela Comissão Elaboradora do DSM-5). Os grupos de trabalho reconheceram, porém, que futuras descobertas poderiam alterar a colocação, bem como os contornos de perturbações individuais e, além disso, que a organização simples e linear que melhor suportava a prática clínica podia não captar completamente a complexidade e heterogeneidade das perturbações mentais. A organização revista está coordenada com o capítulo das perturbações mentais e do comportamento (Capítulo V) da ICD-11, que utilizará um sistema de codificação alfanumérico expandido. Porém, o sistema de codificação oficial em uso nos Estados Unidos ao tempo da publicação deste manual é o da *Classificação Internacional das Doenças, Nona Revisão, Modificação Clínica (ICD-9-CM)* – que é a adaptação norte-americana da ICD-9. A implementação da *Classificação Internacional das Doenças, Décima Revisão, Modificação Clínica (ICD-10-CM)*, adaptada da ICD-10 está programada nos Estados Unidos para outubro de 2014. Dada o lançamento próximo da ICD-11, decidiu-se que seria esta, e não a ICD-10, a mais relevante para a harmonização. Porém, dado que o sistema de codificação da ICD-9-CM continuará em utilização ao tempo do lançamento do DSM-5, será necessário utilizar os códigos desta. Além disso, como a estrutura organizacional do DSM-5 reflete a antecipação da estrutura da ICD-11, os eventuais códigos da ICD-11 seguirão mais de perto a ordem sequencial de diagnósticos na estrutura de capítulos do DSM-5. Neste momento, foram indicados para cada perturbação tanto os códigos da ICD-9-CM, como da ICD-10-CM. Estes códigos não se encontram em ordem sequencial ao longo do manual, porque foram atribuídos para complementar estruturas organizacionais anteriores.

Abordagem Dimensional ao Diagnóstico

Surgiram problemas estruturais com origem na conceção básica da anterior classificação do DSM, constituída por um grande número de categorias diagnósticas restritas, tanto na prática clínica, como na investigação. A evidência relevante resulta de diversas fontes, incluindo estudos de comorbilidade e da necessidade de se dispor de diagnósticos Sem Outra Especificação (SOE), que constituem a maioria dos diagnósticos em áreas como a das Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações da Personalidade e Perturbação do espectro do Autismo. Estudos de fatores de risco genéticos e de fatores de risco ambientais, quer de gémeos, quer de transmissão familiar, quer ainda análises moleculares, também levantaram preocupações sobre a estrutura categorial do sistema do DSM. Dado que a anterior abordagem do DSM considerava cada diagnóstico como categorialmente separado da saúde e de outros diagnósticos, não captava a ampla partilha de sintomas e fatores de risco transversais a muitas perturbações que é aparente em estudos de comorbilidade. Edições anteriores do DSM concentravam-se em excluir dos diagnósticos resultados falsos-positivos; assim, as suas categorias eram claramente estreitas, o que é revelado pela grande necessidade do recurso a diagnósticos SOE. Na realidade, ao objetivo que fora plausível de identificar populações homogéneas para tratamento e investigação resultou no estreitamento das categorias de diagnóstico que não captavam a realidade clínica, a heterogeneidade dos sintomas dentro das perturbações, e o número significativo de sintomas comuns a múltiplas

perturbações. A aspiração histórica de se atingir a homogeneidade de diagnósticos através da subtipificação das categorias de diagnóstico já não é sensível; tal como acontece com as doenças humanas mais comuns, as perturbações mentais são heterogéneas a muitos níveis, desde os fatores de risco genéticos, aos sintomas.

Relativamente às recomendações sobre alterações da estrutura de capítulos do DSM-5, membros do grupo de trabalho dos espectros de diagnóstico verificaram se os validadores científicos podiam informar possíveis novos agrupamentos de perturbações relacionadas, dentro da estrutura categorial existente. Foram recomendados onze desses indicadores para esta finalidade: substractos neurais comuns, traços familiares, fatores de risco genéticos, fatores de risco ambientais específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentais, anomalias de processamento emocional ou cognitivo, similaridade de sintomas, evoluções da patologia, elevada comorbilidade e resposta comum ao tratamento. Estes indicadores serviam como orientações empíricas para informarem a tomada de decisões pelos grupos de trabalho e pela comissão elaboradora sobre a forma como agrupar as perturbações, de forma a maximizar a sua validade e utilidade clínica.

Foi desenvolvida uma série de comunicações científicas, publicada num proeminente jornal internacional (*Psychological Medicine*, Vol. 39, 2009) como parte do processo de desenvolvimento quer do DSNM-5, quer da ICD-11, para documentar o facto de que esses validadores eram mais úteis para sugerir grandes grupos de perturbações, do que para «validarem» critérios de diagnóstico das perturbações individuais. O reagrupamento das perturbações mentais no DSM-5 destina-se a permitir que futura investigação melhore a compreensão das origens da doença e as afinidades patofisiológicas entre perturbações e proporcionar uma base para futura replicação na medida em que os dados possam ser reanalisados ao longo do tempo, para verificar permanentemente a sua validade. As avaliações contínuas do DSM-5 torná-lo-ão num «documento vivo», adaptável a futuras descobertas em neurobiologia, genética e epidemiologia.

Com base nos achados publicados desta análise comum do DSM-5 e da ICD-11, demonstrou-se que o agrupamento de perturbações de acordo com aquilo que tinha sido designado como fatores *internalizantes* e *externalizantes* representa uma estrutura empiricamente sustentada. Tanto dentro do grupo internalizante (que inclui perturbações com sintomas proeminentes de ansiedade, depressivos e somáticos), como dentro do grupo externalizante (que inclui perturbações com sintomas impulsivos proeminentes, comportamento disruptivo, e por uso de substâncias), os fatores de risco genéticos e ambientais comuns, conforme demonstrado por estudos de gémeos, explica provavelmente muitas das comorbilidade sistemáticas observadas quer em amostras clínicas, quer comunitárias. A colocação adjacente de «perturbações internalizantes», caracterizadas por humor deprimido, ansiedade e sintomas fisiológicos e cognitivos relacionados, deve auxiliar o desenvolvimento de novas abordagens diagnósticas, incluindo abordagens dimensionais, ao mesmo tempo que facilita a identificação de marcadores biológicos. De modo semelhante, as proximidades do «grupo externalizante», incluindo perturbações que manifestam comportamentos antissociais, perturbações do comportamento, adições e perturbações do controlo dos impulsos, devem encorajar os avanços da identificação de diagnósticos, marcadores e mecanismos subjacentes.

Apesar do problema colocado pelos diagnósticos categoriais, a Comissão Elaboradora do DSM-5 reconheceu que é cientificamente prematuro propor definições alternativas para a maior parte das perturbações. A estrutura organizacional destina-se a servir de ponte para as novas abordagens diagnósticas, sem afetar negativamente a clínica e a investigação

atuais. Com o apoio de ferramentas de treino associadas com o DSM os *National Institutes of Health*, outras agências de financiamento e publicações científicas, a abordagem mais dimensional e a estrutura organizacional do DSM-5 podem facilitar a investigação transversal às atuais categorias de diagnóstico, encorajando a realização de amplas investigações no âmbito dos capítulos propostos e através de capítulos adjacentes. Uma tal reformulação dos objetivos de investigação também deve manter o DSM-5 numa posição central em relação ao desenvolvimento de abordagens dimensionais ao diagnóstico que, provavelmente, complementarão ou substituirão as atuais abordagens categoriais em anos futuros.

Considerações Relativas ao Desenvolvimento e ao Período de Vida

Para melhorar a sua utilidade clínica, o DSM-5 está organizado segundo considerações relativas ao desenvolvimento e ao período de vida. Ele começa pelos diagnósticos que se julga que refletem processos de desenvolvimento que se manifestam em fases precoces da vida (por exemplo, Perturbações do Neurodesenvolvimento, Perturbações do espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas), seguidos por diagnósticos que se manifestam mais comummente da adolescência e no início da idade adulta (por exemplo, perturbações bipolares, depressivas e da ansiedade). Uma abordagem semelhante foi adotada, sempre que possível, em cada capítulo. Esta estrutura organizacional facilita a utilização abrangente da informação ao longo da vida e também auxilia a tomada de decisões diagnósticas.

A organização proposta para os capítulos do DSM-5, depois das perturbações do neurodesenvolvimento, baseia-se em grupos de perturbações internalizantes (emocionais e somáticas), perturbações externalizantes, perturbações neurocognitivas e outras perturbações. Espera-se que esta organização encoraje o estudo dos processos patofisiológicos subjacentes que dão origem à comorbilidade diagnóstica e à heterogeneidade dos sintomas. Além disso, ao organizar conjuntos de perturbações que espelham a realidade clínica, o DSM-5 deve facilitar a identificação de potenciais diagnósticos por especialistas fora do campo da saúde mental, tais como os médicos de cuidados primários.

A estrutura organizacional do DSM-5, juntamente com a harmonização com a ICD, está concebida para proporcionar conceitos de diagnósticos melhores e mais flexíveis para a próxima época de investigação e para servir como um guia útil para os médicos explicarem aos pacientes porque é que podem ter recebido vários diagnósticos, ou porque é que, ao longo da vida, podem ter recebido diagnósticos adicionais, ou terem visto os seus diagnósticos serem alterados.

Aspetos Culturais

As perturbações mentais são definidas em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares. A cultura fornece estruturas interpretativas que dão forma à experiência e expressão dos sintomas, sinais e comportamentos que são critérios de diagnóstico. A cultura é transmitida, revista e recriada dentro da família e de outros sistemas e instituições sociais. A avaliação de diagnóstico deve, portanto, levar em conta se as experiências, sintomas e comportamentos de uma pessoa diferem das normas socioculturais e levam a dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos específicos, sociais ou familiares. No DSM-5, foram considerados aspetos-chave da cultura, relevantes para a classificação e a avaliação diagnósticas.

Na Secção III, a «Formulação Cultural» contém a discussão pormenorizada da cultura e do diagnóstico no DSM-5, incluindo ferramentas para a avaliação cultural profunda. Em Apêndice, o «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» proporciona a descrição de algumas síndromes, expressões idiomáticas de mal-estar e explicações causais relevantes para a prática clínica.

As fronteiras entre normalidade e patologia variam através das culturas relativamente a tipos específicos de comportamentos. Os limiares de tolerância de sintomas ou comportamentos específicos são diferentes em diferentes culturas, ambientes sociais e famílias. Portanto, o nível a que uma experiência se torna problemática ou patológica, será também diferente. O julgamento de que um dado comportamento é anormal e necessita de atenção clínica depende de normas culturais que são internalizadas pelo sujeito e aplicadas por outros que o rodeiam, incluindo familiares e médicos. A consciência do significado da cultura pode corrigir interpretações da psicopatologia erradas, mas a cultura também contribui para a vulnerabilidade e o sofrimento (por exemplo, amplificando medos que mantêm a perturbação de pânico, ou a ansiedade com a saúde). Os significados, hábitos e tradições culturais também podem contribuir quer para o estigma, quer para o apoio da resposta social e familiar à doença mental. A cultura pode proporcionar estratégias de adaptação que melhoram a resiliência em resposta à doença, ou que sugerem a procura de ajuda e opções para aceder a cuidados de saúde de diversos tipos, incluindo sistemas de saúde alternativos e complementares. A cultura pode influenciar a aceitação ou rejeição de um diagnóstico e a adesão aos tratamentos, afetando o curso da doença e a recuperação. A cultura também afeta o comportamento na entrevista clínica; em consequência, as diferenças culturais entre o médico e o paciente têm implicações no rigor e aceitação do diagnóstico, bem como nas decisões de tratamento, considerações de prognóstico e resultados clínicos.

Historicamente, o constructo de síndrome associada à cultura tem sido objeto central de interesse em psiquiatria cultural. No DSM-5, este constructo foi substituído por três conceitos que possuem maior utilidade clínica:

1. *Síndrome cultural* é um conjunto ou grupo de sintomas concorrentes, relativamente pouco variáveis, que se encontram num grupo, comunidade ou contexto cultural específico (por exemplo, *ataque de nervios*). A síndrome pode, ou não, ser reconhecida como uma doença por essa cultura (por exemplo, dando-lhe diferentes etiquetas), mas esses padrões culturais de mal-estar e características de doença podem, não obstante, ser reconhecíveis por um observador externo.
2. *Expressão idiomática de mal-estar* é um termo ou frase linguísticos, ou uma forma de falar do sofrimento entre sujeitos de um grupo cultural (por exemplo, etnicidade e religião semelhantes) referente a conceitos comuns de patologia e formas de expressar, comunicar, ou nomear características essenciais de mal-estar (por exemplo, *kufungisisa*). Uma expressão idiomática de mal-estar não necessita de estar associada com sintomas ou síndromes específicos, nem com causas percebidas. Pode ser usada para transmitir uma grande variedade de desconforto, incluindo experiências da vida diária, estados subclínicos, ou sofrimento devido mais a circunstâncias sociais, do que a perturbações mentais. Por exemplo, a maior parte das culturas possui expressões idiomáticas de natureza corporal comuns de mal-estar, usadas para exprimir uma grande variedade de sofrimento e preocupações.

3. *Explicação ou causa percebida cultural* é uma etiqueta, atributo, ou característica de um modelo explicativo que fornece uma etiologia ou causa de conceção cultural para os sintomas, a doença, ou o mal-estar (por exemplo, *maladi moun*). As explicações causais podem ser características proeminentes de classificações populares da doença, utilizadas por leigos ou curandeiros.

Estes três conceitos (cuja discussão e exemplos são dados na Secção III e em Apêndice) sugerem formas culturais de compreender e descrever as experiências de doença que podem ser trazidas à luz na entrevista clínica. Eles influenciam a sintomatologia, a procura de ajuda, as apresentações clínicas, as expectativas de tratamento, a adaptação à doença e a resposta ao tratamento. O mesmo termo cultural exerce, frequentemente, mais do que uma destas funções.

Diferenças de Género

Encontram-se estabelecidas diferenças relativas ao sexo e ao género, relacionadas com as causas e a expressão dos estados médicos, para um determinado número de patologias, incluindo algumas perturbações mentais. As revisões do DSM-5 incluíram revisões das diferenças potenciais entre homens e mulheres, no que toca à expressão da doença mental. Em termos de nomenclatura, as *diferenças de sexo* são variações atribuíveis aos órgãos reprodutivos do indivíduo e ao complemento cromossómico XX ou XY. As *diferenças de género* são diferenças que resultam tanto do sexo biológico, como da autorrepresentação do indivíduo, que incluem as consequências psicológicas, comportamentais e sociais de um género percebido. A expressão *diferenças de género* é usada no DSM-5 porque, na maior parte das vezes, as diferenças entre homens e mulheres são um resultado quer dos exo biológico, quer da autorrepresentação. Porém, algumas das diferenças são baseadas unicamente no sexo biológico.

O género pode influenciar a doença de diferentes formas. Primeiro, pode determinar exclusivamente se um indivíduo se encontra em risco de uma perturbação (por ex., como na perturbação disfórica pré-menstrual). Segundo, o género pode moderar o risco global de desenvolver uma perturbação, tal como é mostrado por marcadas diferenças de género nas taxas de prevalência e incidência de determinadas perturbações mentais. Terceiro, o género pode influenciar a probabilidade de que determinados sintomas de uma perturbação sejam experimentados por um indivíduo. A perturbação de hiperatividade/défice de atenção é um exemplo de uma perturbação com diferenças de apresentação que são experimentadas na maior parte dos casos, ou por rapazes, ou por raparigas. O género tem, provavelmente, outros efeitos na experiência de uma perturbação mental, que são indiretamente relevantes para o diagnóstico psiquiátrico. Pode acontecer que certos sintomas sejam mais prontamente aprovados por homens ou por mulheres, e que isso contribua para diferenças na prestação de serviços (por exemplo, as mulheres podem ter maior probabilidade de reconhecer uma perturbação depressiva, bipolar ou da ansiedade e aceitem uma lista mais completa de sintomas do que os homens).

Os eventos do ciclo da vida reprodutiva, incluindo as variações dos níveis de estrogénio, também contribuem para diferenças de género nos campos do risco e expressão da doença. Assim, um especificador *com início no pós-parto* para a mania ou para episódio depressivo major, assinala um período temporal no qual as mulheres podem ter um risco aumentado de início de um episódio de doença. No caso do sono e da energia, as diferenças são frequen-

temente forçosas no pós-parto e, portanto, podem ter menor fiabilidade diagnóstica no caso das mulheres que se encontram nesta fase.

O manual está configurado de modo a incluir informação sobre o género a múltiplos níveis. Sempre que haja sintomas específicos do género, eles foram adicionados aos critérios de diagnóstico. Um especificador de género, tal como o início perinatal de um episódio do humor, proporciona informação adicional sobre o género e o diagnóstico. Finalmente, outras questões que são pertinentes para o diagnóstico e as considerações de género podem ser encontradas na secção «Questões Diagnósticas Relacionadas Com o Género».

Uso de Perturbações com Outra Especificação e Não Especificadas

Para melhorar a especificidade do diagnóstico, o DSM-5 substitui a anterior designação «Sem Outra Especificação» por duas opções para uso clínico: *outra perturbação especificada* e *perturbação não especificada*. A categoria *perturbação com outra especificação* destina-se a permitir que o médico comunique a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios de nenhuma categoria específica dentro de uma classe diagnóstica. Isto faz se registando o nome da categoria, seguido pela razão específica. Por exemplo, no caso de um sujeito com sintomas depressivos clinicamente significativos que duram 4 semanas, mas cuja sintomatologia não atinge o limiar diagnóstico para episódio depressivo major, o médico registaria «perturbação depressiva com outra especificação, episódio depressivo com sintomas insuficientes». Se o médico decidir não especificar a razão pela qual os critérios para determinada perturbação não são preenchidos, então diagnosticará «perturbação depressiva não especificada». Note-se que a distinção entre outras perturbações especificadas e não especificadas se baseia na decisão do médico, concedendo-lhe maior flexibilidade para o diagnóstico. Os médicos não têm que distinguir entre outras perturbações especificadas e não especificadas com base numa característica da própria apresentação. Quando o médico determina que há evidência para especificar a natureza da apresentação clínica, pode ser dado o diagnóstico de outra perturbação especificada. Quando o médico não consegue especificar e descrever inteiramente a apresentação clínica, pode ser dado o diagnóstico não especificado. Esta decisão fica inteiramente entregue ao julgamento clínico.

Para uma discussão mais pormenorizada sobre a forma de utilizar as designações *perturbação com outra especificação* e *perturbação não especificada*, consultar a rubrica «Uso do Manual» na Secção I.

O Sistema Multiaxial

Apesar da sua ampla utilização e adoção por certas entidades seguradoras e governamentais, o sistema multiaxial do DSM-IV não era exigido para fazer um diagnóstico de perturbação mental. Estava também incluído um sistema de avaliação não-axial, que indicava simplesmente as perturbações e condições apropriadas dos Eixos I, II e III, sem designações axiais. O DSM-5mudou para uma documentação não-axial do diagnóstico (anteriormente Eixos I, II e III), com notações separadas para importantes fatores psicossociais e contextuais (anteriormente Eixo IV) e incapacidade (anteriormente Eixo V). Esta revisão é coerente com o texto do DSM-IV que afirma «A distinção multiaxial entre perturbações do Eixo I, do Eixo II e do Eixo III não implica que haja diferenças fundamentais na sua conceptualização, que as perturbações mentais não estejam relacionadas com fatores ou processos físicos ou biológicos, ou que os estados físicos gerais não estejam relacionados com fatores ou processos comportamentais ou psicossociais». A abordagem na qual se notam os diagnósticos separadamente

dos fatores psicossociais e contextuais também é coerente com a orientação estabelecida pela OMS e pela ICD para que se considere o estado funcional do sujeito separadamente dos seus diagnósticos ou estado de sintomas. No DSM-5, o Eixo III foi combinado com os Eixos I e II. Os médicos devem continuar a listar condições médicas que sejam importantes para a compreensão ou a gestão da, ou das perturbações mentais do sujeito.

O Eixo IV do DSM-IV cobria problemas psicossociais e ambientais que podiam afetar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico das perturbações mentais. Embora este eixo fornecesse informação útil, mesmo que não fosse utilizado tantas vezes quantas se desejava, a Comissão Elaboradora do DSM-5 recomendou que o DSM-5 não devia desenvolver a sua própria classificação de problemas psicossociais e ambientais, mas em vez disso utilizasse um conjunto selecionado de códigos V da ICD-9-CM e de novos códigos Z contidos na ICD-10-CM. Os códigos Z da ICD-10 foram examinados para se determinar quais eram os mais relevantes para as perturbações mentais e também para identificar lacunas.

O Eixo V do DSM-IV consistia na escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF), que representava o julgamento do médico sobre o nível global de «funcionamento num contínuo hipotético de saúde-doenças mentais». Recomendava-se que a AGF fosse eliminada do DSM-5, por diversas razões, incluindo a ausência de clareza conceptual (isto é, por se incluírem sintomas, risco de suicídio e incapacidades nos seus descritores) e pelo facto de a psicometria se revelar questionável na prática clínica. Para disponibilizar um instrumento de medida da incapacidade, incluiu-se a escala WHODAS da OMS (*WHO Disability Assessment Schedule*), para estudo ulterior, na Secção III do DSM-5 (ver o capítulo «Instrumentos de Avaliação»). A WHODAS baseia-se na Classificação Internacional do Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para utilização transversal em todas as áreas da medicina e dos cuidados de saúde. No ensaio de campo do DSM-5 foram incluídas a WHODAS (versão 2.0) e uma modificação desenvolvida para crianças/adolescentes e seus pais, pelo *Impairment and Disabilitry Study Group*.

Melhoramentos Online

Foi um verdadeiro desafio a decisão sobre o que incluir na versão para impressão do DSM-5 que, sendo da maior utilidade e relevância clínica, permitisse ao mesmo tempo que o volume não ultrapassasse um tamanho manuseável. Por esta razão, a inclusão de instrumentos de classificação e mensuração na edição publicada limita-se às que foram consideradas como mais relevantes. Outros instrumentos de avaliação utilizados nos ensaios de campo encontram-se disponíveis *online* (www.psychistry.org/dsm5), associados às perturbações relevantes. A Entrevista de Formulação Cultural, a Entrevista de Formulação Cultural – Versão do Informante e módulos complementares à primeira destas também estão disponíveis *online* em www.psychistry.org/dsm5.

O DSM-5 está disponível sob a forma de assinatura *online* no portal PsychiatryOnline. org, bem como em *e-book*. A componente *online* contém módulos e instrumentos de avaliação para melhorar os critérios de diagnóstico e o texto. Também disponível *online* existe um conjunto completo de referências de apoio, bem como informação útil adicional. A estrutura organizacional do DSM-5, a sua utilização de medidas dimensionais e a compatibilidade com os códigos da ICD permitirão que ele se adapte rapidamente a futuras descobertas científicas e a refinamentos da sua utilidade clínica. O DSM-5 será analisado ao longo do tempo para que a sua validade seja continuamente avaliada e se aumente o seu valor para os médicos.

Uso do Manual

A introdução contém grande parte da história e do processo de desenvolvimento da revisão do DSM-5. A presente secção foi concebida como um guia prático da utilização deste manual, especialmente na prática clínica. A finalidade primária do DSM-5 consiste em assistir os médicos experientes no diagnóstico das perturbações mentais dos seus pacientes, como parte da formulação de avaliação de caso, que conduz a um plano de tratamento completamente informado para cada sujeito. Os sintomas que figuram nos respetivos conjuntos de critérios de diagnóstico não constituem definições exaustivas das perturbações subjacentes, que englobam processos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos cuja complexidade ultrapassa largamente aquilo que pode ser descrito nestes breves resumos. Em vez disso, eles destinam-se a resumir síndromes características de sinais e sintomas que apontam para uma perturbação subjacente com uma história de desenvolvimento característica, para fatores de risco biológicos e ambientais, para correlatos neuropsicológicos e fisiológicos e para uma evolução clínica típica.

Abordagem à Formulação do Caso Clínico

A formulação do caso de um dado paciente implica a recolha cuidadosa da história clínica e um resumo conciso dos fatores sociais, psicológicos e biológicos que possam ter contribuído para o desenvolvimento de uma certa perturbação mental. Assim, não basta verificar a eventual existência dos sintomas constantes dos critérios de diagnóstico, para estabelecer um diagnóstico de perturbação mental. Embora a verificação sistemática da presença destes critérios que se apliquem a cada paciente garanta uma avaliação mais confiável, a gravidade relativa e a valência dos critérios individuais, bem como o seu contributo para o diagnóstico exigem um julgamento clínico. Os sintomas nos nossos critérios de diagnóstico fazem parte de um conjunto relativamente limitado de respostas emocionais humanas a fatores de stress internos e externos, que geralmente são mentidos num equilíbrio homeostático, sem disrupção do funcionamento normal. É necessário possuir experiência clínica os casos em que uma combinação de fatores predisponentes, precipitantes, perpetuadores e protetores resultam num estado psicopatológico, no qual os sintomas e sinais físicos excedem os limites normais. O objetivo último da formulação do caso clínico é o de se utilizar a informação contextual e diagnóstica disponível para o desenvolvimento de um plano de tratamento abrangente, que é conformado pelo contexto cultural e social do sujeito. Porém, as recomendações para a escolha e utilização das opções de tratamento baseadas em evidência mais apropriadas para cada perturbação ultrapassam o propósito deste manual.

Apesar de décadas de labor científico tenham permitido desenvolver os conjuntos de critérios de diagnóstico para as perturbações incluídas na Secção II, reconhece-se claramente que este conjunto de diagnósticos categoriais não descreve toda a variedade de perturbações mentais que os sujeitos experienciam e apresentam aos médicos, todos os dias, em todo o mundo. Conforme já assinalámos na introdução, a variedade de interações genéticas/ /ambientais ao longo da evolução do desenvolvimento humano que afetam o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental é virtualmente ilimitada. Em consequência, é impossível captar toda a variedade de psicopatologia nas categorias diagnósticas que atualmente utilizamos. Portanto, é também necessário incluir opções de perturbações «com outra especificação/não especificadas», destinadas a apresentações que não se integram exatamente dentro das fronteiras diagnósticas das perturbações de cada capítulo. Numa unidade de emergência, pode ser possível identificar apenas as expressões de sintomas mais proeminentes associados com um determinado capítulo – por exemplo, ideias delirantes, alucinações, mania, depressão, ansiedade, intoxicação por substâncias ou sintomas neurocognitivos – de forma a que seja identificada uma perturbação «não especificada» nesse capítulo, até que seja possível realizar um diagnóstico diferencial exaustivo.

Definição de Perturbação Mental

Cada uma das perturbações identificadas na Secção II do manual (excluindo as dos capítulos intitulados «Perturbações dos Movimentos Induzidas por Medicamento e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos» e «Outras Condições Que Podem Ser Foco de Atenção Médica») tem que preencher a definição de uma perturbação mental. Embora nenhuma definição possa captar todos os aspetos de todas as perturbações contidas no DSM-5, são exigidos os seguintes elementos:

> Uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes. Uma resposta expectável ou culturalmente aprovada a um fator de stress comum ou a uma perda, tal como a morte de um ente querido, não é uma perturbação mental. O comportamento socialmente desviante (por exemplo, político, religioso, ou sexual) e os conflitos que ocorrem primariamente entre o sujeito e a sociedade não são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção do sujeito, conforme se descreve acima.

O diagnóstico de uma perturbação mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os médicos a determinarem o prognóstico, os planos de tratamento e os resultados potenciais do tratamento dos seus pacientes. Porém, o diagnóstico de uma perturbação mental não é equivalente a uma necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa, que leva em consideração a gravidade e a proeminência dos sintomas (por exemplo, a presença de ideação suicida), o sofrimento do paciente (dor mental) associado com o(s) sintoma(s), o défice relacionado com os sintomas do paciente, os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (por exemplo, sintomas psiquiátricos que complicam

outras doenças). Os médicos podem, portanto, encontrar sujeitos cujos sintomas não preencham todos os critérios de uma perturbação mental, mas que manifestam uma clara necessidade de tratamento ou cuidados. Os facto de alguns sujeitos não manifestarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser utilizado para justificar a limitação do seu acesso aos cuidados apropriados.

As abordagens para validação dos critérios de diagnóstico de perturbações mentais categoriais individuais incluíram os seguintes tipos de evidência: validadores antecedentes (marcadores genéticos semelhantes, traços familiares, temperamento e exposição ambiental), validadores concorrentes (substractos neurais semelhantes, biomarcadores, processamento emocional e cognitivo e semelhança de sintomas), e validadores preditivos (evolução clínica e resposta ao tratamento semelhantes). No DSM-5 reconhecemos que os critérios de diagnóstico atuais para qualquer uma das perturbações não identificam necessariamente um grupo homogéneo de pacientes que podem ser caracterizados de maneira confiável com todos estes validadores. A evidência disponível mostra que estes validadores atravessam as fronteiras diagnósticas existentes, mas tendem a congregar-se mais frequentemente dentro e entre os grupos de capítulos do DSM-5 adjacentes. Até que sejam identificados mecanismos etiológicos ou patofisiológicos incontroversos para validarem completamente perturbações específicas ou espectros de perturbações, o padrão mais importante para os critérios das perturbações do DSM-5 será a sua utilidade clínica para a avaliação da evolução clínica e da resposta ao tratamento de sujeitos agrupados segundo um dado conjunto de critérios de diagnóstico.

Esta definição de perturbação mental foi desenvolvida com finalidades clínicas, de saúde pública e de investigação. É geralmente necessária informação adicional que ultrapassa a que está contida nos critérios de diagnóstico do DSM-5 para se fazerem julgamentos de natureza legal em questões como a responsabilidade criminal, a elegibilidade para indemnizações por incapacidade e a competência (ver «Declaração Cautelar para Utilização do DSM-5 em Questões Forenses» noutro local deste manual).

Critérios de Significado Clínico

Foram realizados consideráveis esforços pela Comissão Elaboradora do DSM-5 e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para separar os conceitos de perturbação mental e incapacidade (défice social, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento). No sistema da OMS, a Classificação Internacional das Doenças (ICD) cobre todas as doenças e perturbações, ao passo que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF) contém uma classificação separada da incapacidade global. A escala *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS)* baseia-se na ICF e provou ser útil como método de normalização de incapacidade para as perturbações mentais. Porém, na ausência de marcadores biológicos claros ou de avaliações clinicamente úteis da gravidade de muitas perturbações mentais, não foi possível separar completamente as expressões normais e patológicas de sintomas contidas nos critérios de diagnóstico. Esta lacuna de informação é especialmente problemática em situações clínicas nas quais a apresentação de sintomas do paciente por si mesma (em especial nas formas ligeiras) não é inerentemente patológica e pode ser encontrada em sujeitos para os quais seria inapropriado um diagnóstico de «perturbação mental». Portanto, foi utilizado um critério de diagnóstico geral que exige a presença de mal-estar ou incapacidade para estabelecer limiares de perturbação, geralmente descritos como «a perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento». O texto seguinte da definição revista de perturbação

mental reconhece que este critério pode ser especialmente útil para se determinar a necessidade de tratamento do paciente. A utilização de informação dos familiares e de outras pessoas (para além do próprio sujeito) quanto ao desempenho deste, recomenda-se sempre que necessário.

Elementos de um Diagnóstico

Critérios e Descritores de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico são apresentados como orientações para o estabelecimento de diagnósticos e a sua utilização deve ser conformada pelo julgamento clínico. Os textos descritivos, incluindo as secções introdutórias de cada capítulo de diagnósticos, podem ajudar a fundamentar o diagnóstico (por exemplo, fornecendo diagnósticos diferenciais, ou descrevendo os critérios com mais profundidade na rubrica «Características Diagnósticas»).

Na sequência da avaliação dos critérios de diagnóstico, os médicos devem considerar a aplicação de subtipos d perturbações e/ou especificadores, sempre que for apropriado. Os especificadores de gravidade e de evolução devem ser aplicados para indicar a apresentação atual do sujeito, mas somente quando os critérios forem totalmente preenchidos. Quando estes não forem completamente preenchidos, os médicos devem considerar se a apresentação de sintomas preenche os critérios para as designações «com outra especificação» ou «não especificada». Sempre que se aplique, dão-se critérios específicos para definir a gravidade da perturbação (por exemplo, ligeira, moderada, grave, extrema), as características descritivas (por exemplo, com bom ou razoável *insight*; em ambiente controlado), e evolução (por exemplo, em remissão parcial, em remissão completa, recorrente). Com base na entrevista clínica, nos textos descritivos, nos critérios e no julgamento clínico, é feito o diagnóstico final.

No DSM-5 há uma convenção geral que consiste em permitir que sejam atribuídos múltiplos diagnósticos às apresentações que preencham os critérios para mais do que uma perturbação.

Subtipos e Especificadores

Os subtipos e especificadores (alguns dos quais são codificados no quarto, quinto, ou sexto dígito) destinam-se a melhorar a especificidade. Os *subtipos* definem subgrupos fenomenológicos que se excluem mutuamente e são conjuntamente exaustivos dentro de um diagnóstico e são indicados pela instrução «*Especificar* se» no conjunto de critérios. Em contrapartida, os *especificadores* não se destinam a excluir-se mutuamente ou a serem conjuntamente exaustivos, e, por consequência, pode aplicar-se mais do que um especificador. Os especificadores são indicados pela instrução «*Especificar*» ou «*Especificar* se», no conjunto de critérios. Os especificadores permitem definir subgrupos mais homogéneos de sujeitos com a perturbação, que têm em comum certas características (por exemplo, perturbação depressiva major, com características mistas) e comunicar informação relevante para a gestão da perturbação individual, tal como o especificador «com outra comorbilidade médica» nas perturbações do sono-vigília. Embora por vezes seja atribuído um quinto dígito para codificar um subtipo ou especificador (por exemplo,. 294.11 [F02.81] perturbação neurocognitiva major, devida a doença de Alzheimer, com perturbação do comportamento), ou a gravidade (296.21 [F32.0] perturbação depressiva major, episódio único, ligeiro), a maioria dos subtipos e especificadores incluídos no DSM-5 não podem ser codificados nos sistemas da

ICD-9-CM e ICD-10-CM e são indicados apenas pela inclusão do subtipo ou especificador a seguir ao nome da perturbação (por exemplo, perturbação da ansiedade social [fobia social], tipo desempenho). Note-se que, em certos casos, um especificador ou subtipo é codificável na ICD-10-CM, mas não na ICD-9-CM. Assim, em certos casos, o 4.º ou 5.º dígitos que codificam os subtipos ou especificadores são dados apenas para as designações de código da ICD-10-CM.

Os diagnósticos do DSM-5 aplicam-se habitualmente à apresentação atual do sujeito; os diagnósticos anteriores, dos quais o sujeito tenha recuperado, são anotados como tal. Os especificadores que indicam a *evolução* (por exemplo, em remissão parcial, em remissão completa) podem ser listados depois do diagnóstico e são indicados em vários conjuntos de critérios. Quando disponíveis, fornecem-se *especificadores de gravidade* para orientarem os médicos na avaliação da intensidade, a frequência, a duração, o número de sintomas, ou outro indicador de gravidade de uma perturbação. Os especificadores de gravidade são indicados pela instrução «*Especificar* a gravidade atual» no conjunto de critérios e incluem definições específicas das perturbações. Nos conjuntos de critérios também existem *especificadores de características descritivas* que traduzem informação importante para o plano de tratamento (p. ex., perturbação obsessivo-compulsiva, com fraco *insight*). Nem todas as perturbações possuem especificadores de curso, gravidade e/ou características descritivas.

Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamento e Outros Efeitos Que Podem Ser Foco de Atenção Médica

Para além de importantes fatores psicossociais e ambientais (ver «O Sistema Multiaxial» na «Introdução» neste manual), estes capítulos da Secção II também contêm outras condições que não são perturbações mentais, mas que podem ser encontradas por médicos de saúde mental. Estas condições podem ser listadas como razões para a consulta, para além das, ou em lugar das, perturbações mentais listadas na Secção II. Um capítulo separado é dedicado às perturbações induzidas por medicamento e outros efeitos adversos da medicação que podem ser avaliados e tratados por médicos em saúde mental, tais como acatísia, discinesia tardia e distonia. A descrição da síndrome maligna dos neurolépticos foi aumentada em relação à que figurava no DSM-IV-TR, para assinalar a natureza emergente e potencialmente fatal desta condição, tendo-se criado também uma nova entrada para síndrome de descontinuação de antidepressivos. Um capítulo adicional discute outras condições que podem ser foco de atenção médica. Estas incluem problemas relacionais, problemas relacionados com abuso e negligência, problemas com a adesão aos regimes de tratamento, obesidade, comportamento antissocial e simulação.

Diagnóstico Principal

Quando for dado ao sujeito mais do que um diagnóstico em unidades de internamento, o diagnóstico principal é a condição que se estabeleceu, depois de estudo, ser a principal responsável pelo motivo do internamento desse paciente. Quando for dado mais do que diagnóstico ao paciente em ambulatório, o motivo da consulta é a condição principalmente responsável pelos serviços médicos recebidos na consulta nessa unidade de ambulatório. Na maior parte dos casos, o diagnóstico principal, ou o motivo principal dessa consulta é também o principal foco de atenção ou tratamento. É frequentemente difícil (e de cera forma arbitrário) determinar qual é o diagnóstico principal, ou o motivo principal, da consulta, especialmente quando, por exemplo, um diagnóstico relacionado com substâncias, tal como

perturbação pelo uso de álcool, é acompanhado por outros diagnóstico não relacionado com substâncias, tal como esquizofrenia. Por exemplo, pode não ser claro qual dos diagnósticos deve ser considerado como «principal» no caso de um sujeito hospitalizado com esquizofrenia e perturbação de uso de álcool, porque cada um dessas condições pode ter contribuído igualmente para a necessidade de internamento e tratamento. O diagnóstico principal é indicado enumerando-o em primeiro lugar e as restantes perturbações são enumeradas por ordem do foco de atenção e tratamento. Quando o diagnóstico principal, ou o motivo principal, da consulta é uma perturbação mental devida a outra condição médica (por exemplo, perturbação neurocognitiva major devido a doença de Alzheimer, perturbação psicótica devido a neoplasia maligna do pulmão), as regras de codificação da ICD exigem que a condição médica etiológica seja indicada em primeiro lugar. Nesse caso, o diagnóstico principal, ou o motivo principal, da consulta seria a perturbação mental devida à condição médica, o segundo diagnóstico registado. Na maior parte dos casos, a perturbação indicada como diagnóstico principal ou motivo da consulta é seguido pela frase qualificativa «(diagnóstico principal)» ou «(motivo da consulta)».

Diagnóstico Provisório

O especificador «provisório» pode ser utilizado quando houver forte presunção de que todos os critérios de uma determinada perturbação acabarão por ser preenchidos, mas a informação disponível não seja ainda bastante para se estabelecer o diagnóstico firme. O médico pode indicar a incerteza diagnóstica registando «(provisório)» a seguir ao diagnóstico. Por exemplo, este diagnóstico pode ser utilizado quando um sujeito que parece ter uma pertur bação depressiva major não consegue fornecer uma história adequada e, portanto, não se pode determinar que todos os critérios são preenchidos. Outra utilização do ermo *provisório* ocorre em situações nas quais o diagnóstico diferencial depende exclusivamente da duração da doença. Por exemplo, um diagnóstico de perturbação esquizofreniforme exige uma duração inferior a 6 meses, mas de pelo menos 1 mês e só pode ser dado provisoriamente antes de a remissão ter ocorrido.

Procedimentos de Codificação e Comunicação

Cada perturbação é acompanhada por um código de identificação diagnóstica e estatística, que é utilizado por instituições e outros organismos para recolha de dados e faturação. Existem protocolos de registo específicos para estes códigos diagnósticos (identificados no texto como notas de codificação) que foram estabelecidos pela OMS, pelos *U.S. Centers for Medicare ans Medical Services (CMS)*, e pelos *Centers for Desease Control,ans Prevention's National Center for Health Statistics*, de forma a garantir a coerência internacional do registo das taxas de prevalência e mortalidade para condições de saúde identificadas. A maior parte dos médicos utiliza estes códigos para identificar o diagnóstico ou motivo da consulta junto dos CMS e dos serviços de indemnizações das seguradoras privadas. O sistema de codificação oficial em uso nos Estados Unidos à data de publicação deste manual é a ICD-9-CM. A adoção oficial da ICD-10-CM está prevista para 1 de outubro de 2014, e estes códigos, que figuram entre parêntesis neste manual, não devem ser utilizados antes de entrarem oficialmente em vigor. Os códigos, quer da ICD-9-CM, quer da ICD-10-CM, foram listados 1) antes do nome da perturbação na classificação e 2) acompanhando os conjuntos de critérios de cada perturbação. No caso de certos diagnósticos (por exemplo, perturbações neurocognitivas e perturbações induzidas por substância/medicamento), o código apropriado depende de

especificação adicional e encontra-se indicado no conjunto de critérios para a perturbação, como notas de codificação, e, em certos casos, são mais esclarecidos numa secção sobre os procedimentos de registo. Os nomes de algumas perturbações são seguidos por designações alternativas entre parêntesis, que, na maior parte dos casos, eram os nomes do DSM-IV para essas perturbações.

Olhando para o Futuro: Instrumentos de Avaliação e Monitorização

As diversas componentes do DSM-5 servem para facilitar a avaliação do paciente e para auxiliar o desenvolvimento de uma formulação de caso abrangente. Atendendo a que os critérios de diagnóstico da Secção II são medidas bem estabelecidas que foram sujeitas a extensa revisão, os instrumentos de avaliação, a entrevista de formulação cultural e as condições que necessitam de estudo incluídos na Secção III são aqueles para os quais considerámos que ainda não havia evidência científica disponível que justificasse o seu uso clínico alargado. Estes auxiliares e critérios de diagnóstico são incluídos para assinalar a evolução e direção dos avanços científicos nestas áreas e para estimular a continuação da investigação.

Cada um dos instrumentos da Secção III é fornecido para auxiliar uma avaliação global dos pacientes, que contribuirá para um diagnóstico e plano de tratamento concebido à medida da apresentação individual e do contexto clínico. Quando as dinâmicas culturais forem especialmente importantes para a avaliação diagnóstica, a entrevista de formulação cultural deve ser considerada como uma forma útil de comunicar com o sujeito. Medidas transversais de gravidade dos sintomas e específicas de diagnósticos proporcionam formas de pontuação quantitativa de áreas clínicas importantes, concebidas para serem utilizadas na avaliação inicial, para se estabelecer um ponto de partida para comparação com pontuações e entrevistas subsequentes, de forma a monitorizar as alterações e corrigir o plano de tratamento.

Esta utilização de tais instrumentos será, sem dúvida, facilitada por aplicações digitais, e esses instrumentos são incluídos na Secção III, com vista à avaliação e desenvolvimento futuros. Como acontece com cada edição do DSM, os critérios de diagnóstico e a classificação das perturbações mentais do DSM-5 refletem o atual consenso quanto aos conhecimentos em evolução no nosso campo.

Declaração Cautelar para Utilização do DSM-5 em Questões Forenses

Embora os critérios de diagnóstico e os textos do DSM-5 tenham sido primariamente concebidos para auxiliarem os médicos a conduzirem a avaliação clínica, a formulação de casos e a elaboração de planos de tratamento, o DSM-5 também pode ser utilizado como referência por juízes e advogados que avaliam as consequências jurídicas das perturbações mentais. Assim, é importante sublinhar que a definição de perturbação mental incluída no DSM-5 foi desenvolvida para satisfazer as necessidades dos médicos, profissionais de saúde pública e investigadores, e não todas as necessidades técnicas dos profissionais judiciais e da área do direito em geral. É também importante notar que o DSM-5 não fornece orientações de tratamento para nenhuma perturbação.

Quando utilizados de forma apropriada, os diagnósticos e os respetivos textos informativos podem auxiliar os decisores judiciais na sua tomada de decisões. Por exemplo, quando a presença de uma perturbação mental for fundamento para uma sentença judicial subsequente (por exemplo, internamento compulsivo), a utilização de um sistema de diagnóstico estabelecido aumenta o valor e a fiabilidade da sentença. Ao disponibilizar um compêndio baseado numa revisão da literatura clínica e de investigação pertinente, o DSM-5 pode facilitar a compreensão, por parte dos decisores da área da justiça, das características relevantes das perturbações mentais. A literatura relacionada com os diagnósticos também serve para controlar especulações sem fundamento sobre as perturbações mentais e o funcionamento de um determinado sujeito. Finalmente, a informação diagnóstica sobre a evolução longitudinal pode melhorar a tomada de decisões quando a questão legal tem a ver com o funcionamento mental do sujeito num ponto temporal passado ou futuro.

Porém, a utilização do DSM-5 deve ser condicionada pela consciência dos riscos e limitações da sua utilização em ambiente forense. Quando as categorias, critérios e textos descritivos do DSM-5 forem empregados com finalidade forense, existe o risco de a informação diagnóstica se mal utilizada ou mal compreendida. Estes perigos surgem devido à imperfeita adequação entre as perguntas e preocupações fundamentais da lei e a informação clínica contida num diagnóstico clínico. Na maior parte das situações, o diagnóstico clínico de uma perturbação mental do DSM-5 tal como a deficiência intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual), esquizofrenia, perturbação neurocognitiva major, jogo patológico, ou pedofilia, não implica que o sujeito com tal condição preencha os critérios legais para a presença de uma perturbação mental ou de um padrão legal especificado (por exemplo, quanto à capacidade, responsabilidade criminal, ou incapacidade). Quanto a esta última, é geralmente necessária informação adicional que ultrapassa a que se encontra nos critérios do DSM-5, que pode incluir informação sobre os défices funcionais do sujeito e a forma como estes afetam as capacidades em questão. É precisamente porque os défices, capacidades e

incapacidades variam grandemente em cada categoria de diagnóstico, que a atribuição de um determinado diagnóstico não implica um grau específico de défice ou incapacidade.

A utilização do DSM-5 para avaliar a presença de uma perturbação mental por pessoas que não sejam médicos, nem profissionais clínicos, ou que de qualquer outra forma não possuam o treino apropriado, não é aconselhada. Os decisores não-clínicos também devem ser advertidos de que um diagnóstico não contém quaisquer implicações quanto à etiologia ou causas da perturbação mental do sujeito, ou quanto ao grau de controlo que este possui sobre os comportamentos que possam estar associados com a perturbação. Mesmo quando a diminuição do controlo sobre o comportamento do sujeito é uma característica da perturbação, o facto de ter o diagnóstico em si mesmo não demonstra que qualquer sujeito é (ou foi) incapaz de controlar o seu comportamento num determinado momento.

Secção II

Critérios de Diagnóstico e Códigos

Perturbações do Neurodesenvolvimento 35
Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas. 103
Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas . 145
Perturbações Depressivas 183
Perturbações da Ansiedade. 223
Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas . 279
Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress 317
Perturbações Dissociativas 349
Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas . 369
Perturbações da Alimentação e da Ingestão. . 393
Perturbações da Eliminação . . 425
Perturbações do Sono-Vigília . . 433
Disfunções Sexuais 507
Disforia de Género 541
Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento 553
Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas 577
Perturbações Neurocognitivas . . 707
Perturbações da Personalidade. . 771
Perturbações Parafílicas. 819
Outras Perturbações Mentais. . 845
Perturbações dos Movimentos Induzidas por Medicamento e Outros Efeitos Adversos de Medicamento 849
Outras Condições Que Podem Ser Foco de Atenção Médica . . 857

Esta secção contém os critérios de diagnóstico aprovados para utilização clínica de rotina, para serem utilizados conjuntamente com os códigos da ICD-9-CM (os códigos da ICD-10 são indicados entre parêntesis). Os critérios de diagnóstico de cada perturbação mental são seguidos por textos descritivos, para auxiliar a tomada de decisões diagnósticas. Sempre que necessário, são apresentados procedimentos de registo específicos com os critérios de diagnóstico, para orientar a escolha do código mais apropriado. Em certos casos, indicam-se procedimentos de registo separados para a ICD-9-CM e a ICD-10-CO. Embora não sejam consideradas como perturbações oficiais do DSM-5, as perturbações dos movimentos induzidas por medicamento e outros efeitos adversos de medicamento, bem como outras condições que podem ser foco de atenção médica (incluindo códigos adicionais ICD-9-CM V e os códigos ICD-10-CM Z prestes a serem publicados), são fornecidos para indicar outros motivos para a consulta, tais como fatores ambientais e problemas relacionais. Estes códigos foram adaptados da ICD-9-CM e da ICD-10-CM e não foram revistos nem aprovados como diagnósticos oficiais do DSM-5, mas podem constituir um contexto adicional para a formulação clínica e o plano de tratamento. Estas três componentes – os critérios e os respetivos textos descritivos, as perturbações dos movimentos induzidos por medicamento e outros efeitos adversos de medicamento, e os descritores de outras condições que podem ser foco de atenção clínica – representam os elementos-chave do processo de diagnóstico clínico e, como tal, são apresentados em conjunto.

Perturbações do Neurodesenvolvimento

As perturbações do neurodesenvolvimento são um grupo de perturbações com início no período de desenvolvimento. Tipicamente, as perturbações manifestam-se cedo no desenvolvimento, muitas vezes antes de a criança iniciar a escola primária, sendo caracterizadas por défices do desenvolvimento que condicionam dificuldades no funcionamento a nível pessoal, social, académico e ocupacional. A abrangência dos défices de desenvolvimento varia desde limitações muito específicas na aprendizagem ou controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais. As perturbações do desenvolvimento muitas vezes coocorrem; por exemplo, indivíduos com uma perturbação do espectro do autismo apresentam com frequência incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) apresentam também uma perturbação da aprendizagem específica. Para algumas perturbações, a apresentação clínica inclui tanto sintomas de excesso, como défices e atrasos no atingimento dos marcos expectáveis do desenvolvimento. Por exemplo, uma perturbação do espectro do autismo apenas é diagnosticada quando os défices na comunicação são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência na monotonia.

A incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) é caracterizada por défices nas capacidades mentais gerais, como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, aprendizagem académica e a aprendizagem pela experiência. Os défices levam a incapacidades no funcionamento adaptativo, de tal forma que o indivíduo falha em atingir os padrões de independência pessoal e responsabilidade social num ou mais aspetos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento académico ou ocupacional e independência pessoal em casa ou na comunidade. O atraso global do desenvolvimento, tal como o seu nome implica, é diagnosticado quando os indivíduos falham em atingir os marcos do desenvolvimento em várias áreas do funcionamento intelectual. O diagnóstico é usado em indivíduos que são incapazes de se submeter a avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças demasiado jovens para serem sujeitas a testes estandardizados. A incapacidade intelectual pode resultar de lesões adquiridas durante o período de desenvolvimento, por exemplo, um traumatismo craniano grave, podendo neste caso ser também diagnosticada uma perturbação neurocognitiva.

As perturbações da comunicação incluem as perturbações da linguagem, a perturbação do som da fala, perturbação da comunicação social (pragmática) e a perturbação da fluência de início na infância (gaguez). As primeiras três perturbações são caracterizadas por défices no desenvolvimento e uso da linguagem, fala e comunicação social, respeti-

vamente. A perturbação de fluência de início na infância é caracterizada por uma perturbação na fluência normal e produção motora da fala, incluindo sons ou sílabas repetitivas, prolongamento do som de consoantes ou vogais, palavras fragmentadas, bloqueios ou produção de palavras com um excesso de tensão física. Tal como acontece com outras perturbações do neurodesenvolvimento, as perturbações da comunicação iniciam-se precocemente e podem produzir incapacidades funcionais vitalícias.

A perturbação do espectro do autismo é caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, incluindo défices na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social e capacidades de desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Para além dos défices na comunicação social, o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo requer a presença de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos. Uma vez que os sintomas mudam com o desenvolvimento e podem ser mascarados por mecanismos compensatórios, pode chegar-se aos critérios de diagnóstico através informação da história, desde que a apresentação atual cause prejuízo significativo.

Dentro do diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, as características clínicas individuais são notadas recorrendo ao uso de especificadores (com ou sem défice intelectual acompanhante; com ou sem défice estrutural da linguagem acompanhante; associada a uma condição médica/genética ou ambiental/adquirida conhecida; associada a outra perturbação do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade em que surgiram as primeiras preocupações; com ou sem perda de capacidades já estabelecidas; gravidade). Estes especificadores dão aos clínicos uma oportunidade de individualizar o diagnóstico e de comunicar uma descrição clinicamente mais rica dos indivíduos afetados. Por exemplo, muitos indivíduos previamente diagnosticados com perturbação de Asperger receberiam agora um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo sem défice intelectual ou da linguagem.

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento definida por níveis incapacitantes de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e desorganização acarretam uma incapacidade de permanecer em tarefas, o parecer não ouvir e a perda de materiais, em níveis que são inconsistentes com a idade ou nível de desenvolvimento. A hiperatividade-impulsividade acarretam atividade excessiva, inquietação, incapacidade em permanecer sentado, intrusividade nas atividades dos outros e incapacidade de esperar – sintomas que são excessivos para a idade ou nível de desenvolvimento. Na infância, a PHDA sobrepõe-se a perturbações que são com frequência consideradas «perturbações externalizantes», tal como a perturbação desafiante de oposição e a perturbação do comportamento. A PHDA muitas vezes persiste na idade adulta, com défices resultantes no funcionamento social, académico e ocupacional.

As perturbações do neurodesenvolvimento motor incluem a perturbação do desenvolvimento da coordenação, a perturbação de movimentos estereotipados e as perturbações de tiques. A perturbação do desenvolvimento da coordenação é caracterizada por défices na aquisição e execução de habilidades motoras coordenadas e é manifestada por inépcia e lentidão ou imprecisão no desempenho de capacidades motoras, causando interferência nas atividades da vida diária. A perturbação de movimentos estereotipados é diagnosticada quando um indivíduo tem comportamentos motores repetitivos, aparentemente dirigidos e sem propósito, tal como agitar as mãos, balançar o corpo, bater

com a cabeça e morder ou bater em si próprio. Os movimentos interferem com atividades sociais, académicas ou outras. Se os comportamentos causarem lesões, isso deve ser especificado como parte da descrição diagnóstica. As perturbações de tiques são caracterizadas pela presença de tiques motores ou vocais, que são movimentos motores ou vocalizações súbitos, rápidos, recorrentes, não rítmicos e estereotipados. A duração, etiologia presumida e apresentação clínica definem a perturbação de tiques específica que é diagnosticada: perturbação de Tourette, perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica), perturbação de tiques transitória, perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada. A perturbação de Tourette é diagnosticada quando o indivíduo tem múltiplos tiques motores e vocais, que estão presentes há pelo menos 1 ano e têm um curso sintomático de agravamento e melhoria recorrentes.

A perturbação de aprendizagem específica, tal como o nome implica, é diagnosticada quando existem défices específicos na capacidade de um indivíduo perceber ou processar informação eficientemente e com exatidão. Esta perturbação do neurodesenvolvimento manifesta-se de início durante os primeiros anos de escolaridade e é caracterizada por dificuldades persistentes e incapacitantes na aprendizagem de capacidades académicas fundamentais de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho do indivíduo nas capacidades académicas afetadas é marcadamente abaixo da média para a idade ou apenas são atingidos níveis aceitáveis de desempenho com esforços extraordinários. A perturbação de aprendizagem específica pode ocorrer em indivíduos identificados como intelectualmente sobredotados e manifestar-se apenas quando as exigências de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (por exemplo, testes cronometrados) impõem barreiras que não podem ser ultrapassadas pela sua inteligência inata ou estratégias compensatórias. Para todos os indivíduos, a perturbação de aprendizagem específica pode produzir incapacidades vitalícias nas atividades que dependem das capacidades, incluindo no desempenho ocupacional.

O uso de especificadores para os diagnósticos de perturbações do neurodesenvolvimento enriquece a descrição clínica do curso clínico do indivíduo e da sintomatologia atual. Adicionalmente aos especificadores que descrevem a apresentação clínica, como idade de início ou classificações de gravidade, as perturbações do neurodesenvolvimento podem incluir o especificador «associado a uma condição médica ou genética ou fator ambiental». Este especificador dá ao clínico uma oportunidade de documentar fatores que podem ter desempenhado um papel na etiologia da perturbação, bem como aqueles que podem ter afetado o curso clínico desta. Exemplos incluem perturbações genéticas como a síndrome do X frágil, esclerose tuberosa e a síndrome de Rett; condições médicas como epilepsia; e fatores ambientais, incluindo o muito baixo peso à nascença e exposição fetal ao álcool (mesmo na ausência de estigmas de síndrome fetal alcoólica).

Incapacidades Intelectuais

Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual)

Critérios de Diagnóstico

A incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) é uma perturbação com início durante o período do desenvolvimento que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático. Os seguintes três critérios têm de ser cumpridos:

A. Défices em funções intelectuais como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência, confirmados tanto por avaliação clínica como por testes de inteligência individualizados e estandardizados.

B. Défices no funcionamento adaptativo que resultam na falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente, em múltiplos ambientes como casa, escola, trabalho e comunidade.

C. Início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.

Nota. O termo diagnóstico *incapacidade intelectual* é o termo equivalente do diagnóstico de *perturbações do desenvolvimento intelectual* da ICD-11. Embora o termo *incapacidade intelectual* seja usado neste manual, ambos os termos são usados no título para clarificar as relações com outros sistemas de classificação. Além disso, um estatuto federal dos EUA (Lei Pública 111-256, Lei de Rosa) substitui o termo *atraso mental* por *incapacidade intelectual* e as publicações de investigação usam o termo *incapacidade intelectual*. Assim, *incapacidade intelectual* é o termo comum usado por profissionais médicos, de educação e outros, bem como pelo público leigo e grupos de apoio.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) é o **319**, o qual é atribuído independentemente do especificador de gravidade. O código ICD-10-CM depende do especificador de gravidade (ver abaixo).

Especificar gravidade atual (ver tabela 1):

317 (F70) Ligeira
318.0 (F71) Moderada
318.1 (F72) Grave
318.2 (F73) Profunda

Especificadores

Os vários níveis de gravidade são definidos com base no funcionamento adaptativo e não pelos valores de QI, já que é o funcionamento adaptativo que determina qual o nível de suporte requerido. Além disso, as medições de QI no extremo inferior do intervalo dos valores de QI têm menor validade.

TABELA 1. Níveis de gravidade da incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual).

Nível de gravidade	Domínio conceptual	Domínio social	Domínio prático
Ligeira	Para crianças em idade pré escolar, pode não existir diferenças conceptuais óbvias. Para crianças em idade escolar e adultos, existem dificuldades na aprendizagem de capacidades académicas envolvendo leitura, escrita, aritmética, tempo ou dinheiro, com necessidade de suporte em uma ou mais áreas para atingir as expectativas para a idade. Nos adultos, o pensamento abstrato, funções executivas (isto é, planear, elaborar estratégias, estabelecer prioridades e flexibilidade cognitiva) e memória de curto prazo, bem como o uso funcional das capacidades académicas (por exemplo, ler, gestão de dinheiro) estão comprometidos. Existe uma certa aproximação concreta aos problemas e soluções comparativamente a indivíduos da mesma idade.	Comparativamente a indivíduos da mesma idade de desenvolvimento típico, o indivíduo é imaturo nas interações sociais. Por exemplo, podem existir dificuldades em perceber com precisão as pistas sociais dos pares. A comunicação, conversação e linguagem são mais concretas ou imaturas que o esperado para a idade. Podem existir dificuldades na regulação de emoções e comportamento de forma apropriada à idade. Existe compreensão limitada do risco em situações sociais; o discernimento social é imaturo para a idade e a pessoa encontra-se em risco de manipulação por outros (credulidade).	O indivíduo pode funcionar de forma apropriada à idade nos cuidados pessoais. Os indivíduos necessitam de algum suporte nas tarefas complexas da vida diária em comparação com os pares. Na idade adulta, o suporte tipicamente envolve compra de mercearias, transporte, organização da casa e dos cuidados a crianças, preparação de refeições nutritivas e gestão bancária e do dinheiro. As capacidades recreativas assemelham-se às dos companheiros da mesma idade, embora o discernimento relacionado com o bem-estar e organização dos períodos recreativos requeira suporte. Na idade adulta, muitas vezes é visto trabalho competitivo em empregos que não enfatizam capacidades conceptuais. Os indivíduos em geral necessitam de suporte para tomar decisões de saúde e legais, bem como para aprender a desempenhar uma vocação qualificada competentemente. É tipicamente necessário suporte para construir uma família.

TABELA 1. Níveis de gravidade da incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) *(continuação).*

Nível de gravidade	Domínio conceptual	Domínio social	Domínio prático
Moderada	Ao longo de todo o desenvolvimento, as capacidades conceptuais do indivíduo atrasam-se marcadamente em relação aos pares. Nas crianças em idade pré-escolar, a linguagem e as capacidades pré-académicas desenvolvem-se lentamente. Nas crianças em idade escolar, os progressos na leitura, escrita, matemática e compreensão do tempo e dinheiro ocorrem lentamente ao longo dos anos escolares e são marcadamente limitados quando comparados com os dos pares. Nos adultos, o desenvolvimento de capacidades académicas está tipicamente num nível elementar e requer suporte para todo o uso de capacidades académicas no trabalho e vida pessoal. É necessária assistência contínua de frequência diária para completar tarefas conceptuais do dia-a-dia e outros indivíduos podem tomar estas responsabilidades totalmente pelo indivíduo.	O indivíduo demonstra diferenças marcadas dos pares no comportamento social e comunicativo ao longo do desenvolvimento. A linguagem falada é tipicamente uma ferramenta primária para a comunicação social, mas é muito menos complexa do que a dos pares. A capacidade para relacionamentos é evidente pelos laços com a família e amigos, e o indivíduo pode ter amizades bem-sucedidas ao longo da vida e por vezes relações românticas na vida adulta. No entanto, podem não perceber ou interpretar pistas sociais corretamente. O discernimento social e as capacidades de tomada de decisão são limitados e os cuidadores têm de ajudar a pessoa nas decisões de vida. As amizades com os pares com desenvolvimento típico são muitas vezes afetadas por limitações comunicacionais ou sociais. É necessário suporte social e comunicativo significativo no contexto laboral para que haja sucesso.	O indivíduo pode cuidar das necessidades pessoais envolvendo a alimentação, vestir-se, eliminação e higiene como um adulto, embora seja necessário um período mais extenso de instrução e de tempo para que se torne independente nestas áreas, podendo ser necessários lembretes. De forma semelhante, a participação em todas as tarefas do lar pode ser alcançada, embora um período extenso de instrução seja necessário e irão tipicamente existir suportes contínuos para um desempenho de nível adulto. Pode ser alcançado emprego independente em trabalhos que requeiram capacidades conceptuais e comunicacionais limitadas, mas é necessário suporte considerável de colegas de trabalho, supervisores e outros para gerir as expectativas sociais, as complexidades do trabalho e as responsabilidades auxiliares como horários, transportes, benefícios de saúde e gestão monetária. Pode ser desenvolvida uma variedade de capacidades recreativas. Estas tipicamente requerem suportes e oportunidades de aprendizagem adicionais por um extenso período de tempo. Comportamento desadaptativo está presente numa minoria significativa e causa problemas sociais.
Grave	A obtenção de capacidades conceptuais é limitada. O indivíduo em geral tem pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos envolvendo números, quantidade, tempo e dinheiro. Os cuidadores providenciam suporte extenso para a resolução de problemas ao longo da vida.	A linguagem falada é bastante limitada em termos de vocabulário e gramática. O discurso pode consistir em palavras ou frases simples e ser suplementado por meios aumentativos. O discurso e a comunicação estão focados no aqui e agora dentro dos eventos do dia a dia. A linguagem é usada mais para a comunicação social do que para a explicação. Os indivíduos compreendem o discurso simples e a comunicação gestual. As relações com familiares e outros conhecidos são uma fonte de prazer e ajuda.	O indivíduo requer suporte para todas as atividades da vida diária, incluindo refeições, vestir-se, lavar-se e eliminar. O indivíduo requer supervisão a tempo inteiro. O indivíduo não consegue tomar decisões responsáveis em relação ao bem-estar pessoal e de outros. Na vida adulta, a participação em tarefas domésticas, recreativas e laborais requer suporte continuado e assistência. Em todos os domínios, a aquisição de capacidades envolve ensino de longo prazo e suporte contínuo. Está presente comportamento desadaptativo, incluindo autolesivo, numa minoria significativa.

TABELA 1. Níveis de gravidade da incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) *(continuação)*.

Nível de gravidade	Domínio conceptual	Domínio social	Domínio prático
Profunda	As capacidades conceptuais envolvem em geral o mundo físico em vez dos processos simbólicos. O indivíduo pode usar objetos de modo dirigido ao objetivo para efeitos de autocuidado, trabalho e recreação. Podem ser adquiridas certas capacidades visuoespaciais, como corresponder e ordenar com base nas características físicas. No entanto, incapacidades motoras e sensoriais coexistentes podem impedir o uso funcional de objetos.	O indivíduo tem uma compreensão muito limitada da comunicação simbólica no discurso e gestos. Pode entender algumas instruções e gestos simples. O indivíduo expressa largamente os seus desejos e emoções através de comunicação não verbal e não simbólica. O indivíduo desfruta de relacionamento com membros da família, cuidadores e outros bem conhecidos, iniciando e respondendo à interação social através de pistas gestuais e emocionais. Incapacidades sensoriais e físicas podem impedir muitas atividades sociais.	O indivíduo é dependente de outros em todos os aspetos do cuidado físico diários, de saúde e de segurança, embora este possa ser também capaz de participar nalgumas destas atividades. Indivíduos sem incapacidades físicas graves podem ajudar nalgumas tarefas diárias em casa, como levar pratos para a mesa. Ações simples com objetos podem ser a base da participação nalgumas atividades vocacionais com alto nível de suporte contínuo. Atividades recreativas podem envolver, por exemplo, desfrutar de ouvir música, ver filmes, sair para passeios ou participar em atividades aquáticas, todas com suporte de outros. Incapacidades físicas e sensoriais coexistentes são barreiras frequentes à participação (que ultrapassem a observação) em atividades em casa, recreativas e vocacionais. Está presente comportamento desadaptativo numa minoria significativa.

Características de Diagnóstico

As características essenciais da incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) são défices nas capacidades mentais gerais (Critério A) e prejuízo no funcionamento adaptativo diário, em comparação com os pares da mesma idade, género e contexto sociocultural do indivíduo (Critério B). O início ocorre durante o período de desenvolvimento (Critério C). O diagnóstico de incapacidade intelectual é baseado tanto na avaliação clínica como em testes estandardizados das funções intelectuais e adaptativas.

O Critério A refere-se a funções intelectuais que envolvem o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, a aprendizagem pela instrução e pela experiência e compreensão prática. Os componentes críticos incluem a compreensão verbal, memória de trabalho, raciocínio percetivo, raciocínio quantitativo, pensamento abstrato e eficácia cognitiva. O funcionamento intelectual é tipicamente medido com testes de inteligência individualmente administrados e válidos em termos psicométricos, compreensivos, culturalmente apropriados e sólidos em termos psicométricos. Os indivíduos com incapacidade intelectual apresentam resultados cerca de dois desvios-padrão ou mais abaixo da média da população, incluindo uma margem de erro na medição (em geral, + 5 pontos). Em testes com um desvio-padrão de 15 e uma média de 100, isto envolve um resultado de 65-75 (70 ± 5). Treino e discernimento clínicos são requeridos para interpretar os resultados e avaliar o desempenho intelectual.

Os fatores que podem afetar os resultados dos testes incluem efeitos da prática e o «efeito de Flynn» (isto é, resultados muito elevados devido a normas do teste antiquadas). Os resultados inválidos podem derivar do uso de testes de avaliação de inteligência breves ou testes de grupo; resultados de subtestes individuais altamente discrepantes podem invalidar o resultado global do QI. Os instrumentos têm de ser normalizados para o contexto sociocultural e língua nativa do indivíduo. Perturbações concomitantes que afetem a comunicação, a linguagem e/ou as funções motoras ou sensoriais podem afetar os resultados dos testes. Os perfis cognitivos individuais baseados em testes neuropsicológicos são mais úteis para compreender as capacidades intelectuais do que um valor único de QI. Estes testes podem identificar áreas relativamente fortes e fracas, uma avaliação que é importante para o planeamento académico e vocacional.

Os resultados de QI são aproximações ao funcionamento conceptual, mas podem ser insuficientes para avaliar o raciocínio em situações da vida real e o domínio de tarefas práticas. Por exemplo, uma pessoa com um QI acima de 70 pode ter problemas de comportamento adaptativo, de tal forma graves, no discernimento em situações sociais, na compreensão social e noutras áreas do funcionamento adaptativo, que o funcionamento real é comparável ao de indivíduos com QI mais baixo. Assim, o juízo clínico é necessário para interpretar os testes de QI.

Os défices no funcionamento adaptativo (Critério B) referem-se a quão bem a pessoa atinge os padrões da comunidade para independência pessoal e responsabilidade social, em comparação com outras de idade e contexto sociocultural semelhantes. O funcionamento adaptativo envolve o raciocínio adaptativo em três domínios: conceptual, social e prático. O *domínio conceptual (académico)* envolve competências na memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimento prático, resolução de problemas e julgamento de novas situações, entre outras. O *domínio social* envolve consciência dos pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; capacidades de comunicação interpessoal; capacidades de amizade e discernimento social, entre outras. O *domínio prático* envolve a aprendizagem e a autogestão através dos contextos de vida, incluindo os cuidados pessoais, as responsabilidades laborais, a gestão de dinheiro, a recriação, autogestão do com-

portamento e organização das tarefas escolares e laborais, entre outras. O funcionamento adaptativo é influenciado pela capacidade intelectual, educação, motivação, socialização, características pessoais, oportunidades vocacionais, experiência cultural e condições médicas gerais ou perturbações mentais coexistentes.

O funcionamento adaptativo é avaliado usando tanto a avaliação clínica como escalas individualizadas, culturalmente apropriadas e sólidas em termos psicométricos. São usadas medidas estandardizadas com os informadores conhecedores (por exemplo, pais ou outro membro da família; professor; conselheiro; cuidador) e com o indivíduo, dentro do possível. Fontes de informação adicionais incluem avaliações educacionais, do desenvolvimento, médicas e da saúde mental. Os resultados das avaliações estandardizadas e das entrevistas têm ser interpretados usando o juízo clínico. Quando a avaliação estandardizada é difícil ou impossível, devido a uma variedade de fatores (por exemplo, incapacidade sensorial, problema comportamental grave), o indivíduo pode ser diagnosticado com incapacidade intelectual não especificada. O funcionamento adaptativo pode ser difícil de avaliar em contexto controlado (por exemplo, prisões, centros de detenção); se possível, deve ser obtida informação corroborativa refletindo o funcionamento fora destes contextos.

O Critério B é cumprido quando pelo menos um domínio do funcionamento adaptativo – conceptual, social ou prático – está suficientemente comprometido para que seja necessário suporte contínuo de forma a que o desempenho da pessoa seja adequado num ou mais contextos da vida: na escola, no trabalho, em casa ou na comunidade. Para cumprir os critérios de diagnóstico de incapacidade intelectual, os défices no funcionamento adaptativo devem estar diretamente relacionados com os défices intelectuais descritos no Critério A. O Critério C, inicio durante o período de desenvolvimento, refere-se ao reconhecimento de que os défices intelectuais e adaptativos estão presentes durante a infância ou adolescência.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A incapacidade intelectual é uma condição heterogénea com múltiplas causas. Podem existir dificuldades associadas com o discernimento social; avaliação do risco; autogestão do comportamento, das emoções ou das relações interpessoais; ou motivação em ambiente escolar ou laboral. A falta de capacidades de comunicação pode predispor para comportamentos disruptivos e agressivos. A credulidade é muitas vezes uma característica, envolvendo ingenuidade em situações sociais e uma propensão para ser com facilidade levado por outros. A credulidade e a falta de consciência do risco podem resultar em exploração por outros e possível vitimização, fraude, envolvimento criminal não intencional, falsas confissões e risco de abuso físico e sexual. Estas características associadas podem ser importantes em casos criminais, incluindo audiências do tipo Atkins envolvendo a pena de morte.

Os indivíduos com um diagnóstico de incapacidade intelectual e perturbações mentais concomitantes estão em risco para o suicídio. Eles pensam no suicídio, fazem tentativas de suicídio e podem morrer delas. Assim, a pesquisa de pensamentos suicidas é essencial no processo avaliação. Devido à falta de consciência do risco e perigo, as taxas de ferimentos acidentais podem estar aumentadas.

Prevalência

A incapacidade intelectual tem uma prevalência global na população geral de aproximadamente 1% e as taxas de prevalência variam com a idade. A prevalência de incapacidade intelectual grave é de aproximadamente 6 em 1000.

Desenvolvimento e Curso

O início da incapacidade intelectual ocorre no período de desenvolvimento. A idade e os aspetos característicos iniciais dependem da etiologia e gravidade da disfunção cerebral. Podem ser identificados atrasos no atingimento de marcos do desenvolvimento motor, linguístico e social, nos primeiros 2 anos de vida dos que têm incapacidade intelectual mais grave, enquanto os níveis ligeiros podem não ser identificados até à idade escolar, quando as dificuldades na aprendizagem académica se tornam aparentes. Todos os critérios (incluído o Critério C) têm de ser cumpridos pela história ou apresentação atual. Algumas crianças de idade inferior a 5 anos, cuja apresentação irá eventualmente cumprir critérios para incapacidade intelectual, apresentam défices que cumprem critérios para atraso global do desenvolvimento.

Quando a incapacidade intelectual está associada a uma síndrome genética, pode haver uma aparência física característica (como, por exemplo, na síndrome de Down). Algumas síndromes têm um *fenótipo comportamental*, que se refere a comportamentos específicos característicos de uma perturbação genética particular (por exemplo, síndrome de Lesch-Nyhan). Nas formas adquiridas, o início pode ser abrupto, seguindo uma doença como meningite, encefalite ou traumatismo craniano, ocorrendo durante o período de desenvolvimento. Quando a incapacidade intelectual resulta de uma perda de capacidades cognitivas previamente adquiridas, como em lesões cerebrais traumáticas graves, ambos os diagnósticos de incapacidade intelectual e de uma perturbação neurocognitiva podem ser atribuídos.

Embora a incapacidade intelectual seja em geral não progressiva, em certas perturbações genéticas (por exemplo, síndrome de Rett) existem períodos de agravamento seguidos de estabilização e, noutros (por exemplo, síndrome de Sanfillippo), agravamento progressivo do funcionamento intelectual. Após a primeira infância, a perturbação é em geral vitalícia, embora os graus de gravidade possam variar ao longo do tempo. O curso pode ser influenciado por condições médicas ou genéticas subjacentes ou condições concomitantes (por exemplo, défices auditivos ou visuais, epilepsia). Intervenções precoces e contínuas podem melhorar o funcionamento adaptativo ao longo da infância e da idade adulta. Nalguns casos, isto resulta em melhorias significativas do funcionamento intelectual, de tal forma que o diagnóstico de incapacidade intelectual deixa de ser apropriado. Assim, é prática comum, ao avaliar crianças muito jovens, o adiamento do diagnóstico de incapacidade intelectual para depois de ser proporcionado um curso de intervenção apropriado. Para crianças mais velhas e adultos, a extensão de suporte providenciado pode permitir a participação completa em todas as atividades da vida diária e um funcionamento adaptativo melhorado. As avaliações diagnósticas têm de determinar se a melhoria das capacidades adaptativas são resultado de uma aquisição estável, generalizada, de novas capacidades (neste caso o diagnóstico de incapacidade intelectual pode já não ser apropriado), ou se é uma contingência da presença de suportes e intervenções contínuas (neste caso o diagnóstico de incapacidade intelectual pode ainda ser apropriado).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. As etiologias pré-natais incluem síndromes genéticas (por exemplo, variações de sequência ou variantes do número de cópias envolvendo um ou mais genes; perturbações cromossómicas), erros congénitos do metabolismo, malformações cerebrais,

doença materna (incluindo doença da placenta) e influências ambientais (por exemplo, álcool, outras drogas, toxinas, teratogénios). As causas perinatais incluem uma variedade de eventos relacionados com o trabalho de parto que levam a encefalopatia neonatal. As causas pós-natais incluem lesões isquémicas hipóxicas, lesões cerebrais traumáticas, infeções, perturbações desmielinizantes, perturbações convulsivas (por exemplo, espasmos infantis), privação social grave e crónica, síndromes tóxicas metabólicas e intoxicações (por exemplo, chumbo, mercúrio).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A incapacidade intelectual ocorre em todas as raças e culturas. Durante a avaliação são necessários conhecimento e sensibilidade culturais, e têm de ser tomados em conta o fundo étnico, cultural e linguístico do indivíduo, as experiências disponíveis e o funcionamento adaptativo dentro da sua comunidade e contexto cultural.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Globalmente, os homens têm maior probabilidade de ter o diagnóstico do que as mulheres, tanto na forma ligeira (rácio médio masculino:feminino de 1,6:1) como na grave (rácio médio masculino:feminino de 1,2:1) da incapacidade intelectual. No entanto, os rácios de género variam largamente nos estudos reportados. Os fatores genéticos ligados ao sexo e a vulnerabilidade masculina a lesões cerebrais podem explicar alguma da diferença por género.

Marcadores de Diagnóstico

Uma avaliação abrangente inclui uma avaliação da capacidade intelectual e funcionamento adaptativo; identificação de etiologias genéticas e não genéticas; avaliação de condições médicas associadas (por exemplo, paralisia cerebral, perturbação convulsiva) e avaliação de perturbações mentais, emocionais e comportamentais concomitantes. As componentes da avaliação podem incluir a história médica pré e perinatal, linhagem familiar trigeracional, exame físico, avaliação genética (por exemplo, análise por *microarray* do cariótipo e cromossomas e testes para síndromes genéticas especificas), despiste metabólico e avaliação por neuroimagem.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de incapacidade intelectual deve ser efetuado sempre que os Critérios A, B e C sejam cumpridos. Não deve ser assumido um diagnóstico de incapacidade intelectual devido a uma condição médica ou genética particular. Uma síndrome genética ligada a incapacidade intelectual deve ser considerada um diagnóstico concomitante com incapacidade intelectual.

Perturbações neurocognitivas major ou ligeiras. A incapacidade intelectual é categorizada como uma perturbação do neurodesenvolvimento e é distinta das perturbações neurocognitivas, que são caracterizadas por uma perda de funcionamento cognitivo. Uma perturbação neurocognitiva major pode coocorrer com incapacidade intelectual (por exemplo, um indivíduo com síndrome de Down que desenvolve doença de Alzheimer ou um indivíduo com incapacidade intelectual que perde capacidade cognitiva adicional após uma lesão craniana). Nestes casos, os diagnósticos de incapacidade intelectual e perturbação neurocognitiva podem ambos ser dados.

Perturbações da comunicação e perturbação de aprendizagem específica. Estas perturbações do neurodesenvolvimento são específicas dos domínios da comunicação e aprendizagem, não mostrando défices no comportamento intelectual e adaptativo. Podem coocorrer com a incapacidade intelectual. Ambos os diagnósticos são efetuados se forem cumpridos os critérios completos para incapacidade intelectual e para uma perturbação da comunicação ou perturbação de aprendizagem especifica.

Perturbação do espectro do autismo. A incapacidade intelectual é comum entre os indivíduos com perturbação do espectro do autismo. A avaliação da capacidade intelectual pode ser complicada por défices da comunicação social e do comportamento inerentes à perturbação do espectro do autismo, os quais podem interferir na compreensão e cumprimento dos procedimentos dos testes. A avaliação apropriada do funcionamento intelectual na perturbação do espectro do autismo é essencial, com reavaliação ao longo do período de desenvolvimento, dado que os resultados do QI na perturbação do espectro do autismo podem ser instáveis, particularmente na primeira infância.

Comorbilidades

As condições mentais, médicas, do neurodesenvolvimento e físicas concomitantes são frequentes na incapacidade intelectual, sendo as taxas nalgumas condições (por exemplo, perturbações mentais, paralisia cerebral e epilepsia) 3-4 vezes mais altas do que na população geral. O prognóstico e desfecho dos diagnósticos concomitantes podem ser influenciados pela presença de incapacidade intelectual. Os procedimentos de avaliação podem requerer modificações devido às perturbações associadas, incluindo perturbações da comunicação, perturbação do espectro do autismo e perturbações motoras, sensoriais ou outras. São essenciais informadores conhecedores para a identificação de sintomas como irritabilidade, desregulação do humor, agressividade, problemas alimentares e do sono, bem como para avaliar o funcionamento adaptativo nos variados contextos comunitários.

As perturbações mentais e do neurodesenvolvimento concomitantes mais comuns são: perturbação de hiperatividade/défice de atenção; perturbações depressivas e bipolares; perturbações de ansiedade; perturbação do espectro do autismo; perturbação de movimentos estereotipados (com ou sem comportamento autolesivo), perturbações do controlo dos impulsos e perturbação neurocognitiva major. A perturbação depressiva major pode ocorrer ao longo do espectro de gravidade da incapacidade intelectual. O comportamento autolesivo requer atenção diagnóstica imediata e pode justificar um diagnóstico de perturbação de movimentos estereotipados. Os indivíduos com incapacidade intelectual, particularmente aqueles com incapacidade intelectual mais grave, podem também exibir agressividade e comportamentos disruptivos, incluindo danos a outros ou destruição de propriedade.

Relação com Outras Classificações

A ICD-11 (em desenvolvimento aquando desta publicação) usa o termo *perturbações do desenvolvimento intelectual* para indicar que estas são perturbações que envolvem um funcionamento cerebral comprometido precocemente na vida. Estas perturbações são descritas na ICD-11 como uma metassíndrome ocorrendo no período de desenvolvimento, análoga à demência ou perturbação neurocognitiva em fases mais tardias da vida. Existem 4 subtipos na ICD-11: ligeiro, moderado, grave e profundo. A Associação Americana das Incapacidades Intelectuais e do Desenvolvimento (AAIDD – American Association on Intellectual and

Developmental Disabilities) usa também o termo *incapacidade intelectual* com significado do termo semelhante ao que é usado neste manual. A classificação da AAIDD é multidimensional em vez de categorial e baseia-se no constructo de incapacidade. Em vez de listar especificadores, como é feito no DSM-5, a AAIDD enfatiza um perfil de suportes baseado na gravidade.

Atraso Global do Desenvolvimento

315.8 (F88)

Este diagnóstico é reservado para indivíduos com idade *inferior* a 5 anos, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado com segurança durante a primeira infância. Esta categoria é diagnosticada quando um indivíduo falha o cumprimento dos marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual e aplica-se a indivíduos que são incapazes de submeter-se a avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças que são demasiado novas para cooperar em testes estandardizados. Esta categoria requer reavaliação após um certo período de tempo.

Incapacidade Intelectual Não Especificada (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual)

319 (F79)

Esta categoria está reservada para indivíduos com idade *superior* a 5 anos, quando a avaliação do grau de incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) por meio de procedimentos localmente disponíveis se revela difícil ou impossível devido a deficiências físicas ou sensoriais como a cegueira ou a surdez pré-linguística; incapacidade locomotora; ou a presença de problemas comportamentais graves ou perturbação mental concomitante. Esta categoria deve apenas ser usada em circunstâncias excecionais e requer reavaliação após um período de tempo.

Perturbações da Comunicação

As perturbações da comunicação incluem défices na linguagem, fala e comunicação. A *fala* é a produção expressiva de sons e inclui articulação, fluência, voz e qualidade de ressonância de um indivíduo. A *linguagem* inclui a forma, função e uso de um sistema convencional de símbolos (isto é, palavras faladas, linguagem gestual, palavras escritas, imagens) governados por regras para a comunicação. A *comunicação* inclui qualquer comportamento verbal e não verbal (seja intencional ou não intencional) que influencia o comportamento, as ideias ou as atitudes de outro indivíduo. As avaliações das capacidades de fala, linguagem e comunicação têm de ter em conta o contexto cultural e linguístico do indivíduo, particularmente para indivíduos que crescem em ambientes bilingues. A medição estandardizada do desen-

volvimento da linguagem e da capacidade intelectual não verbal tem de ser relevante para o grupo cultural e linguístico (isto é, testes desenvolvidos e estandardizados para um grupo podem não fornecer normas apropriadas para um grupo diferente). A categoria diagnóstica das perturbações da comunicação inclui as seguintes: perturbação da linguagem, perturbação do som da fala, perturbação da fluência com início na infância (gaguez), perturbação da comunicação social (pragmática), perturbações da comunicação com outra especificação e perturbações da comunicação não especificadas.

Perturbação da Linguagem

Critérios de Diagnóstico 315.39 (F80.9)

A. Dificuldades persistentes na aquisição e uso da linguagem transversal às modalidades (isto é, falada, escrita, linguagem gestual ou outra) devido a défices na compreensão ou produção que incluem os seguintes:
   1. Vocabulário reduzido (conhecimento e uso de palavras).
   2. Estruturação frásica limitada (capacidade de juntar palavras e finais de palavras para formar frases com base em regras de gramática e morfologia).
   3. Deficiências no discurso (capacidade de usar vocabulário e ligar frases para explicar ou descrever um tópico ou série de eventos ou ter uma convesa).
B. As capacidades linguísticas estão substancial ou quantitativamente abaixo das esperadas para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, participação social, rendimento escolar ou desempenho ocupacional, individualmente ou em qualquer combinação.
C. O início dos sintomas ocorre no início do período de desenvolvimento.
D. As dificuldades não são atribuíveis a deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial, disfunção motora ou outra condição médica ou neurológica e não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou atraso global do desenvolvimento.

Características de Diagnóstico

As características de diagnóstico nucleares da perturbação da linguagem são dificuldades na aquisição e uso da linguagem devido a défices na compreensão ou produção de vocabulário, estruturação frásica e discurso. Os défices de linguagem são evidentes na comunicação falada, comunicação escrita e linguagem gestual. A aprendizagem e uso da linguagem são dependentes tanto das capacidades recetivas como expressivas. *Capacidade expressiva* refere-se à produção de sinais vocais, gestuais ou verbais, enquanto *capacidade recetiva* se refere ao processo de receber e compreender as mensagens linguísticas. As habilidades linguísticas necessitam de ser avaliadas tanto na modalidade expressiva como na recetiva, uma vez que estas podem diferir na gravidade. Por exemplo, a linguagem expressiva de um indivíduo pode estar gravemente comprometida, enquanto a linguagem recetiva não se encontra de todo comprometida.

A perturbação da linguagem em regra afeta o vocabulário e a gramática, e estes efeitos limitam depois a capacidade de discurso. O surgimento das primeiras palavras e frases da criança está provavelmente atrasado; o vocabulário é menor e menos variado do que o esperado; e as frases são mais curtas e menos complexas, com erros gramaticais, em particular nos tempos

verbais passados. Os défices da compreensão da linguagem são muitas vezes subestimados, já que a criança pode ser boa a usar o contexto para inferir o significado. Podem existir problemas a encontrar as palavras, definições verbais empobrecidas ou compreensão pobre de sinónimos, significados múltiplos ou jogos de palavras para a idade e cultura. Os problemas com a memorização de novas palavras e frases manifestam-se por dificuldades em seguir instruções de tamanho crescente, dificuldades em repetir sequências de informação verbal (por exemplo, recordar um número de telefone ou uma lista de compras) e dificuldades em recordar sequências sonoras novas, uma habilidade que pode ser importante para a aprendizagem de novas palavras. As dificuldades com o discurso manifestam-se por uma capacidade reduzida em fornecer informação adequada acerca de eventos-chave e em narrar uma história coerente.

A dificuldade na linguagem manifesta-se por capacidades substancial e quantitativamente abaixo das esperadas para a idade, que interfiram significativamente nas realizações académicas, desempenho ocupacional, comunicação efetiva ou socialização (Critério B). Um diagnóstico de perturbação da linguagem é feito com base na síntese da história do indivíduo, observação clínica direta em diferentes contextos (isto é, casa, escola ou trabalho) e resultados de testes estandardizados de capacidades linguísticas que podem ser usados para estimar a gravidade.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Uma história familiar positiva de perturbações da linguagem está com frequência presente. Os indivíduos, mesmo as crianças, podem ser experientes em acomodar-se à sua linguagem limitada. Podem parecer tímidos ou reticentes em falar. Os indivíduos afetados podem preferir comunicar apenas com membros da família ou outros indivíduos familiares. Embora estes indicadores sociais não sejam diagnósticos de uma perturbação da linguagem, se forem notáveis e persistentes, justificam a referenciação para uma avaliação completa da linguagem. A perturbação da linguagem, em particular os défices expressivos, pode coocorrer com perturbação do som da fala.

Desenvolvimento e Curso

A aquisição da linguagem é marcada por mudanças desde o início na infância até ao nível adulto de competência que aparece durante a adolescência. As mudanças aparecem transversalmente às dimensões da linguagem (sons, palavras, gramática, narrativas/textos expositivos e habilidades de conversação) em incrementos e sincronias graduados à idade. A perturbação da linguagem emerge durante o período de desenvolvimento inicial; no entanto, existem variações consideráveis na aquisição de vocabulário inicial e nas combinações de palavras iniciais, e as diferenças individuais não são, como único indicador, altamente preditivas do prognóstico tardio. Aos 4 anos, as diferenças individuais na capacidade linguística são mais estáveis, com melhor precisão de avaliação, e são altamente preditivas do prognóstico tardio. A perturbação da linguagem diagnosticada desde os 4 anos é provavelmente estável ao longo do tempo e tipicamente persiste na idade adulta, embora o perfil particular de pontos fortes e défices mude provavelmente ao longo do curso de desenvolvimento.

Fatores de Risco e de Prognóstico

As crianças com défices na linguagem recetiva têm um pior prognóstico do que aquelas com défices predominantemente expressivos. São mais resistentes ao tratamento e apresentam muitas vezes dificuldades na compreensão da leitura.

Genéticos e fisiológicos. As perturbações da linguagem são altamente hereditárias e os membros da família têm mais provavelmente uma história de défices da linguagem.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na linguagem. A perturbação da linguagem necessita de ser distinguida das variações normais do desenvolvimento e esta distinção pode ser difícil de fazer antes dos 4 anos. Variações da linguagem regionais, sociais ou culturais/étnicas (por exemplo, dialetos) têm de ser consideradas quando um indivíduo está a ser avaliado para um défice da linguagem.

Deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial. Uma deficiência auditiva necessita de ser excluída como causa primária das dificuldades da linguagem. Os défices da linguagem podem estar associados com uma deficiência auditiva, outro défice sensorial ou um défice motor da fala. Quando os défices da linguagem são excessivos em relação aos que em regra se associam a estes problemas, pode ser feito um diagnóstico de perturbação da linguagem.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual). O atraso da linguagem é frequentemente a característica de apresentação da incapacidade intelectual e o diagnóstico definitivo pode não ser feito até a criança ser capaz de completar as avaliações estandardizadas. Um diagnóstico separado não é atribuído a não ser que os défices da linguagem sejam claramente excessivos em relação às limitações intelectuais.

Perturbações neurológicas. A perturbação da linguagem pode ser adquirida em associação a perturbações neurológicas, incluindo epilepsia (por exemplo, afasia adquirida ou síndrome de Landau Kleffner).

Regressão da linguagem. A perda de fala e linguagem numa criança com menos de 3 anos pode ser um sinal de uma perturbação do espectro do autismo (com regressão do desenvolvimento) ou uma condição neurológica específica, como a síndrome de Landau-Kleffner. Entre crianças com mais de 3 anos, a perda de linguagem pode ser um sintoma de convulsões e é necessária uma avaliação diagnóstica para excluir a presença de epilepsia (por exemplo, eletrencefalograma de rotina e do sono).

Comorbilidades

A perturbação da linguagem está fortemente associada a outras perturbações do neurodesenvolvimento em termos de perturbação específica da aprendizagem (literacia e numeracia), perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação do espectro do autismo e perturbação do desenvolvimento da coordenação. Está também associada a perturbação da comunicação social (pragmática). Uma história familiar positiva de perturbações da fala ou da linguagem está muitas vezes presente.

Perturbação do Som da Fala

Critérios de Diagnóstico **315.39 (F80.0)**

A. Dificuldade persistente na produção do som da fala que interfere com a inteligibilidade da fala ou impede a comunicação verbal de mensagens.

B. A perturbação causa limitações na comunicação efetiva interferindo na participação social, realização académica ou desempenho ocupacional, individualmente ou em qualquer combinação.

C. O início dos sintomas acontece no início do período de desenvolvimento.
D. As dificuldades não são atribuíveis a condições congénitas ou adquiridas como paralisia cerebral, fenda palatina, surdez ou perda auditiva, lesão cerebral traumática ou outras condições médicas ou neurológicas.

Características de Diagnóstico

A perturbação do som da fala descreve a clara articulação dos fonemas (isto é, sons individuais) que em combinação produzem as palavras faladas. A produção do som da fala requer tanto o conhecimento fonológico dos sons da fala como a capacidade de coordenar os movimentos articulatórios (isto é, a mandíbula, língua e lábios) com a respiração e a vocalização para a fala. As crianças com dificuldades na produção de sons da fala podem experienciar dificuldades no conhecimento fonológico dos sons da fala ou na capacidade de coordenar movimentos para a fala em graus variáveis. A perturbação do som da fala é portanto heterogénea nos seus mecanismos subjacentes e inclui a perturbação fonológica e a perturbação da articulação. Uma perturbação do som da fala é diagnosticada quando a produção do som da fala não é a esperada para a idade da criança e a fase do desenvolvimento e quando os défices não são resultado de uma deficiência física, estrutural, neurológica ou auditiva. Entre crianças com desenvolvimento típico aos 4 anos, a fala deve ser globalmente inteligível, enquanto aos 2 anos apenas em 50% possa ser compreensível.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Uma perturbação da linguagem, particularmente défices expressivos, pode coocorrer com a perturbação do som da fala. Uma história familiar positiva de perturbações da linguagem ou da fala está com frequência presente.

Se a capacidade de coordenar rapidamente os articuladores for um aspeto particular de dificuldade, pode existir uma história de atraso ou descoordenação na aquisição de habilidades que também utilizem os articuladores e musculatura facial relacionada; entre outras, estas habilidades incluem mastigar, manter a boca fechada e assoar o nariz. Outras áreas da coordenação motora podem estar comprometidas como na perturbação do desenvolvimento da coordenação. *Dispraxia verbal* é um termo também usado para problemas na produção da fala.

A fala pode estar comprometida de forma diferencial em certas condições genéticas (por exemplo, síndrome de Down, deleção 22q, mutação do gene *FoxP2*). Se presentes, devem também ser codificadas.

Desenvolvimento e Curso

Aprender a produzir sons da fala clara e precisamente e aprender a produzir fala fluentemente ligada são habilidades do desenvolvimento. A articulação dos sons da fala segue um padrão do desenvolvimento, o qual é refletido nas normas de idade dos testes estandardizados. Não é incomum as crianças com desenvolvimento típico usarem processos de desenvolvimento para encurtar palavras e sílabas à medida que aprendem a falar, mas a sua progressão em dominar a produção de sons da fala deve resultar numa fala maioritariamente inteligível aos 3 anos de idade. As crianças com perturbação do som da fala continuam a usar processos imaturos de simplificação fonológica após a idade em que a maioria das crianças consegue produzir palavras de forma clara.

A maioria dos sons da fala devem ser produzidos claramente e a maioria das palavras deve ser pronunciada com precisão, de acordo com a idade e normas da comunidade, aos 7 anos de idade. Os sons mais frequentemente mal articulados tendem a ser aprendidos mais tarde (*l, r, s, z, ch*). A má articulação de qualquer um destes sons pode por si só ser considerada dentro dos limites normais até à idade de 8 anos. Quando múltiplos sons estão envolvidos, pode ser apropriado visar alguns destes sons como parte de um plano para melhorar a inteligibilidade, antes da idade na qual quase todas as crianças os podem produzir com precisão. O ceceio (isto é, a deficiente articulação de sibilantes) é particularmente comum e pode envolver padrões frontais ou laterais da direção do fluxo de ar. Pode também estar associado a um padrão anormal de protrusão da língua a engolir.

A maioria das crianças com perturbação do som da fala responde bem ao tratamento e as dificuldades na fala melhoram com o tempo, assim, a perturbação pode não ser para toda a vida. No entanto, quando uma perturbação da linguagem também está presente, a perturbação da fala tem um pior prognóstico e pode estar associada a perturbações de aprendizagem específicas.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na fala. Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas da fala devem ser consideradas antes de fazer o diagnóstico.

Deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial. Deficiência auditiva ou surdez podem resultar em anomalias da fala. Os défices na produção do som da fala podem estar associados a deficiência auditiva, outro défice sensorial ou um défice motor da fala. Quando os défices da fala são em excesso comparados com os que habitualmente se associam a estes problemas, pode ser efetuado um diagnóstico de perturbação do som da fala.

Défices estruturais. O comprometimento da fala pode ser devido a défices estruturais (por exemplo, fenda palatina).

Disartria. O comprometimento da fala pode ser atribuível a uma perturbação motora como paralisia cerebral. Sinais neurológicos, bem como características distintas da voz, diferenciam a disartria da perturbação do som da fala, embora em crianças pequenas (menos de 3 anos) a diferenciação possa ser difícil, particularmente quando não existe envolvimento motor corporal geral ou este é mínimo (como, por exemplo, na síndrome de Worster-Drought).

Mutismo seletivo. O uso limitado da fala pode ser um sinal de mutismo seletivo, uma perturbação de ansiedade que é caracterizada pela ausência de fala em um ou mais contextos ou ambientes. O mutismo seletivo pode desenvolver-se em crianças com uma perturbação da fala devida ao embaraço pelos seus défices, mas muitas crianças com mutismo seletivo exibem uma fala normal em ambientes «seguros», como em casa ou com amigos próximos.

Perturbação da Fluência de Início na Infância (Gaguez)

Critérios de Diagnóstico **315.35** (F80.81)

A. Distúrbios na normal fluência e padronização temporal da fala que são inapropriadas para a idade e habilidades linguísticas do indivíduo, persistindo ao longo do tempo, e que são caracterizados pela ocorrência frequente de um ou mais dos seguintes:

1. Repetições de sons e sílabas.
2. Prolongamento do som de consoantes, bem como de vogais.
3. Palavras fragmentadas (por exemplo, pausas dentro de uma palavra).
4. Bloqueios audíveis ou silenciosos (pausas preenchidas ou vazias no discurso).
5. Circunlóquios (substituição de palavras para evitar palavras problemáticas).
6. Palavras produzidas com um excesso de tensão física.
7. Repetições de palavras inteiras monossilábicas (por exemplo, «Eu-Eu-Eu-Eu vejo-o»).

B. A perturbação causa ansiedade em falar ou limitações na comunicação efetiva, participação social ou desempenho académico ou ocupacional, individualmente ou em qualquer combinação.

C. O início dos sintomas acontece no início do período de desenvolvimento (**Nota.** Casos com início mais tardio devem ser diagnosticados como **307.0 [F98.5]** perturbação da fluência de início na idade adulta.)

D. A perturbação não é atribuível a um défice motor ou sensorial da fala, alteração da fluência associada a uma lesão neurológica (por exemplo, acidente vascular cerebral, tumor, trauma) ou outra condição médica e não é mais bem explicada por outra perturbação mental.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação da fluência de início na infância (gaguez) é uma perturbação da normal fluência e padronização temporal da fala, que é inapropriada para a idade do indivíduo. Esta perturbação é caracterizada por repetições frequentes ou prolongamento dos sons ou sílabas e por outros tipos de alterações da fluência da fala, incluindo palavras fragmentadas (por exemplo, pausas dentro de uma palavra), bloqueios audíveis ou silenciosos (isto é, pausas preenchidas ou vazias na fala), circunlóquios (isto é, substituições de palavras para evitar palavras problemáticas), palavras produzidas com um excesso de tensão física e repetições de palavras inteiras monossilábicas (por exemplo, «Eu-Eu-Eu-Eu vejo-o»). A perturbação na fluência interfere com as realizações académicas ou ocupacionais ou com a comunicação social. A extensão da perturbação varia de situação para situação e frequentemente é mais grave quando existe especial pressão para comunicar (por exemplo, apresentar algo na escola, ir a uma entrevista de trabalho). A alteração da fluência está muitas vezes ausente durante a leitura oral, cantar ou falar com objetos inanimados ou animais de estimação.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Pode desenvolver-se uma antecipação temerosa do problema. O orador pode tentar evitar alterações da fluência por mecanismos linguísticos (por exemplo, alterar o ritmo do discurso, evitar certas palavras ou sons) ou pelo evitamento de certas situações de fala, como telefonar ou falar em público. Para além de serem características da condição, foi demonstrado que o stress e a ansiedade exacerbam a alteração da fluência.

A perturbação da fluência de início na infância pode também ser acompanhada por movimentos motores (por exemplo, piscares de olhos, tiques, tremores dos lábios ou face, sacudir a cabeça, movimentos respiratórios, cerrar dos punhos). As crianças com perturbação da fluência mostram uma variedade de capacidades linguísticas e a relação entre a perturbação da fluência e as habilidades linguísticas não é clara.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação da fluência de início na infância, ou gaguez do desenvolvimento, ocorre até aos 6 anos em 80%-90% dos indivíduos afetados, com uma idade de início que vai dos 2 aos 7 anos.

O início pode ser insidioso ou mais súbito. Tipicamente, as alterações da fluência começam de forma gradual, com a repetição das consoantes iniciais, primeiras palavras de uma frase ou palavras longas. A criança pode não ter consciência das alterações da fluência. À medida que a perturbação progride, as alterações da fluência tornam-se mais frequentes e interferentes, ocorrendo nas palavras ou frases mais significativas da elocução. À medida que a criança toma consciência das dificuldades da fala pode desenvolver mecanismos para evitar as alterações da fluência e respostas emocionais, incluindo evitamento de falar em público e o uso de elocuções curtas e simples. A investigação longitudinal mostra que 65%-85% das crianças recuperam da alteração da fluência, sendo que a gravidade da perturbação da fluência aos 8 anos prediz a recuperação ou persistência na adolescência e posteriormente.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco de gaguez entre familiares biológicos de primeiro grau de indivíduos com perturbação da fluência de início na infância é mais de 3 vezes o risco da população geral.

Consequências Funcionais da Perturbação da Fluência de Início na Infância (Gaguez)

Para além de serem características da condição, o stress e a ansiedade podem exacerbar a alteração da fluência. Pode resultar desta ansiedade um comprometimento do funcionamento social.

Diagnóstico Diferencial

Défices sensoriais. As alterações da fluência do discurso podem estar associadas a défices auditivos ou outros défices sensoriais ou a um défice motor da fala. Quando as alterações da fluência da fala são em excesso relativamente às que habitualmente se associam a estes problemas, pode ser efetuado um diagnóstico de perturbação da fluência de início na infância.

Alterações da fluência da fala normal. A perturbação tem de ser distinguida de alterações da fluência normais que ocorrem muitas vezes em crianças pequenas, as quais incluem repetições de palavras completas ou frases (por exemplo, «Eu quero, eu quero gelado»), frases incompletas, interjeições, pausas vazias e observações parentéticas. Se estas dificuldades aumentam em frequência ou complexidade à medida que a criança cresce, um diagnóstico de perturbação da fluência de início na infância é apropriado.

Efeitos secundários de medicação. A gaguez pode ocorrer como um efeito secundário de medicação e ser detetada pela relação temporal com a exposição ao medicamento.

Alterações da fluência de início na idade adulta. Se o início das alterações da fluência acontece durante ou após a adolescência, existe uma «alteração da fluência de início na idade adulta» em vez de uma perturbação do neurodesenvolvimento. As alterações da fluência de início na idade adulta estão associadas a lesões neurológicas específicas e a uma variedade de condições médicas e perturbações mentais e podem ser especificadas com estas, mas não são um diagnóstico do DSM-5.

Perturbação de Tourette. Os tiques vocais e vocalizações repetitivas da perturbação de Tourette devem ser distinguidos dos sons repetitivos da perturbação da fluência de início na infância pela sua natureza e contexto temporal.

Perturbação da Comunicação Social (Pragmática)

Critérios de Diagnóstico 315.39 (F80.89)

A. Dificuldades persistentes no uso social de comunicação verbal e não verbal manifestadas por todos os seguintes:
   1. Défices no uso de comunicação para propósitos sociais, tais como cumprimentar e partilhar informação, de uma forma apropriada ao contexto social.
   2. Comprometimento da capacidade de mudar a comunicação de forma a corresponder ao contexto e necessidades do ouvinte, tais como falar de forma diferente na sala de aula e no recreio, falar de forma diferente com uma criança e com um adulto e evitar o uso de linguagem excessivamente formal.
   3. Dificuldades ao seguir regras para conversação e contar histórias, tais como revezar se na conversação, reformular quando mal interpretado e saber usar sinais verbais e não verbais para regular a interação.
   4. Dificuldades em compreender o que não é explicitamente dito (por exemplo, fazer inferências) e significados da linguagem não literais ou ambíguos (por exemplo, expressões idiomáticas, humor, metáforas, múltiplos significados que dependem do contexto para interpretação).
B. Os défices resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, participação social, relacionamentos sociais, realização académica ou desempenho ocupacional, individualmente ou em combinação.
C. O início dos sintomas acontece no início do período de desenvolvimento (mas os défices podem não se manifestar completamente até a comunicação social exceder as capacidades limitadas).
D. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou neurológica ou a baixas capacidades no domínio da estrutura de palavras e gramática, e não são mais bem explicados por perturbação do espectro do autismo, incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual), atraso global do desenvolvimento ou outra perturbação mental.

Características de Diagnóstico

A perturbação da comunicação social (pragmática) é caracterizada por uma dificuldade primária com a pragmática ou o uso social da linguagem e comunicação, manifestada por défices na compreensão e seguimento de regras sociais de comunicação verbal e não verbal em contextos naturalísticos, mudança de linguagem de acordo com as necessidades do ouvinte ou situação e seguimento de regras para conversação e contar histórias. Os défices na comunicação social resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, participação social, desenvolvimento de relações sociais, realização académica ou desempenho ocupacional. Os défices não são mais bem explicados por baixas capacidades nos domínios da linguagem estrutural ou capacidade cognitiva.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A característica mais comum associada à perturbação da comunicação social (pragmática) é o défice da linguagem, o qual é caracterizado por uma história de atraso em alcançar os marcos da linguagem e problemas estruturais da linguagem passados, senão atuais (ver «Perturbação da Linguagem» anteriormente neste capítulo). Os indivíduos com défices na comunicação social podem evitar interações sociais. A perturbação de hiperatividade/défice

de atenção, problemas comportamentais e perturbações de aprendizagem específicas são também comuns entre os indivíduos afetados.

Desenvolvimento e Curso

Uma vez que a comunicação social (pragmática) depende de um progresso do desenvolvimento adequado na fala e linguagem, o diagnóstico de perturbação da comunicação social (pragmática) é raro em crianças com menos de 4 anos. Pelos 4 ou 5 anos, a maioria das crianças deve possuir capacidades adequadas da fala e linguagem que permitam a identificação de défices específicos na comunicação social. Formas ligeiras da perturbação podem não se tornar aparentes até ao início da adolescência, quando a linguagem e as interações sociais se tornam mais complexas.

O prognóstico da perturbação da comunicação social (pragmática) é variável, com algumas crianças a melhorar substancialmente ao longo do tempo e outras continuando a ter dificuldades persistentes na vida adulta. Mesmo entre aqueles que têm melhorias significativas, os défices precoces na pragmática podem causar prejuízos duradouros nas relações e comportamentos sociais e também na aquisição de outras capacidades relacionadas, como a expressão escrita.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Uma história familiar de perturbação do espectro do autismo, perturbações da comunicação ou perturbação de aprendizagem específica parece aumentar o risco para perturbação da comunicação social (pragmática).

Diagnóstico Diferencial

Perturbação do espectro do autismo. A perturbação do espectro do autismo é a consideração diagnóstica primária para indivíduos com défices da comunicação social. As duas perturbações podem ser diferenciadas pela presença na perturbação do espectro do autismo de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e pela sua ausência na perturbação da comunicação social (pragmática). Os indivíduos com perturbação do espectro do autismo podem apenas demonstrar os padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades durante o início do período de desenvolvimento, por isso deve ser obtida uma história abrangente. A ausência atual de sintomas não impediria um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo se os interesses restritos e comportamentos repetitivos estivessem presentes no passado. Um diagnóstico de perturbação da comunicação social (pragmática) deve ser considerado apenas se a história do desenvolvimento falha em revelar qualquer evidência de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Os défices primários da PHDA podem causar prejuízo na comunicação social e limitações funcionais da comunicação efetiva, participação social ou rendimento escolar.

Perturbação de ansiedade social (fobia social). Os sintomas de perturbação da comunicação social sobrepõem-se aos de perturbação de ansiedade social. A característica diferenciadora é o momento do início dos sintomas. Na perturbação da comunicação social (pragmática), o indivíduo nunca teve comunicação social efetiva; na perturbação de ansiedade social,

as capacidades de comunicação social desenvolveram-se apropriadamente mas não são utilizadas devido à ansiedade, medo ou angústia acerca das interações sociais.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) e atraso global do desenvolvimento. As capacidades de comunicação social podem estar deficientes entre os indivíduos com atraso global do desenvolvimento ou incapacidade intelectual, mas um diagnóstico separado não é dado a menos que os défices na comunicação social estejam claramente em evidente excesso relativamente às limitações intelectuais.

Perturbação da Comunicação Não Especificada

307.9 (F80.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de perturbação da comunicação, que causam angústia clinicamente significativa ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não cumprem os critérios completos para perturbação da comunicação ou qualquer outra perturbação da classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria de perturbação da comunicação não especificada é usada em situações nas quais o clínico escolhe não especificar a razão pela qual os critérios para perturbação da comunicação ou uma perturbação do neurodesenvolvimento especifica não são cumpridos e inclui apresentações nas quais não existe informação suficiente para efetuar um diagnóstico mais específico.

Perturbação do Espectro do Autismo

Perturbação do Espectro do Autismo

Critérios de Diagnóstico

299.0 (F84.0)

A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos; ver texto):

1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; a fracasso em iniciar ou responder a interações sociais.
2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesse nos pares.

Especificar a gravidade atual:

A **gravidade é baseada nos défices da comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos** (ver tabela 2).

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos; ver texto):
   1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou sacudir objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
   2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo, angústia extrema com pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, necessidade de fazer o mesmo percurso ou comer a mesma comida todos os dias).
   3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco (por exemplo, ligação forte ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).
   4. Hiper ou hiporreactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente (por exemplo, indiferença aparente à dor/temperatura, respostas adversas a sons ou texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimento).

   Especificar gravidade atual:

   A **gravidade é baseada nas deficiências na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos** (ver tabela 2).

C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento (mas podem não se tornar totalmente manifestas até as exigências sociais excederem as capacidades limitadas ou podem ser mascaradas mais tarde na vida por estratégias aprendidas).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.

E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou atraso global do desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perturbação do espectro do autismo coocorrem muitas vezes; para efetuar diagnósticos comórbidos de perturbação do espectro do autismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.

Nota. Os indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de perturbação autística, perturbação de Asperger ou perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo. Os indivíduos que têm défices marcados na comunicação social, mas cujos sintomas não cumprem de outra forma os critérios para perturbação do espectro do autismo, devem ser avaliados para perturbação da comunicação social (pragmática).

Especificar se:

Com ou sem défice intelectual acompanhante.

Com ou sem défice da linguagem acompanhante.

Associada a uma condição médica ou genética ou fator ambiental conhecidos. (Nota de codificação. Usar código adicional para identificar a condição médica ou genética associada.)

Associada com outra perturbação do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental. (Nota de codificação. Usar código(s) adicional(is) para identificar as perturbações do neurodesenvolvimento, mentais ou comportamentais associadas.)

Com catatonia (remeter para os critérios de catatonia associada a outra perturbação mental, pp 140-141, para definição). **(Nota de codificação.** Usar código adicional **293.89 [F06.1]** catatonia associada a perturbação do espectro do autismo para indicar a presença da catatonia comórbida.)

Procedimentos de Registo

Para perturbação do espectro do autismo associada a uma condição médica ou genética, fator ambiental ou com outra perturbação do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental, registar perturbação do espectro do autismo associada a (nome da condição, perturbação ou fator) (por exemplo, perturbação do espectro do autismo associada a síndrome de Rett). A gravidade deve ser registada como nível de suporte necessário para cada um dos dois domínios psicopatológicos na tabela 2 (por exemplo, «requerendo suporte muito substancial para défices na comunicação social e requerendo suporte substancial para comportamentos restritos e repetitivos»). A especificação «com prejuízo intelectual acompanhante» ou «sem prejuízo intelectual acompanhante» deve ser registada a seguir. A especificação de défice da linguagem deve ser registada após esta. Se existir défice da linguagem acompanhante, o nível atual de funcionamento verbal deve ser registado (por exemplo, «com prejuízo da linguagem acompanhante – sem fala inteligível» ou «com prejuízo da linguagem acompanhante – fala por frases»). Se estiver presente catatonia, registar separadamente «catatonia associada a perturbação do espectro do autismo».

Especificadores

Os especificadores de gravidade (ver tabela 2) podem ser usados para descrever sucintamente a sintomatologia atual (que pode encontrar-se abaixo do nível 1), com o reconhecimento de que a gravidade pode variar em função do contexto e flutuar ao longo do tempo. A gravidade das dificuldades na comunicação social e os comportamentos restritos e repetitivos devem ser classificados separadamente. As categorias descritivas de gravidade não devem ser usadas para determinar a provisão de serviços e a elegibilidade para estes; estes só podem ser desenvolvidos a um nível individual e através da discussão de prioridades pessoais e objetivos.

Em relação ao especificador «com ou sem défice intelectual acompanhante», é necessário compreender o perfil intelectual (muitas vezes desigual) de uma criança ou adulto com perturbação do espectro do autismo para interpretar as características de diagnóstico. São necessárias estimativas separadas das habilidades verbais e não verbais (por exemplo, usando testes não verbais não cronometrados para avaliar os potenciais pontos fortes de indivíduos com linguagem limitada).

Para usar o especificador «com ou sem défice da linguagem acompanhante», o nível atual de funcionamento verbal deve ser avaliado e descrito. Exemplos de descrições específicas para «com défice da linguagem acompanhante» podem incluir fala não inteligível (não verbal), palavras simples apenas ou fala por frases. O nível de linguagem em indivíduos «sem défice da linguagem acompanhante» pode ser adicionalmente descrito por fala em frases completas ou apresenta fala fluente. Uma vez que a linguagem recetiva pode atrasar-se em relação ao desenvolvimento da linguagem expressiva na perturbação do espectro do autismo, as habilidades de linguagem recetiva e expressiva devem ser consideradas separadamente.

TABELA 2. Níveis de gravidade para a perturbação do espectro do autismo.

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 «Requerendo suporte muito substancial»	Défices graves nas habilidades verbais e não verbais de comunicação social, causam graves défices no funcionamento, iniciação de interações sociais muito limitada e resposta mínima à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa com poucas palavras faladas inteligíveis que raramente inicia interação e, quando o faz, apresenta aproximações incomuns para apenas satisfazer necessidades e apenas responde a aproximações sociais muito diretas.	Inflexibilidade do comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que interferem marcadamente com o funcionamento em todas as esferas. Grande angústia/dificuldade em mudar o foco ou ação.
Nível 2 «Requerendo suporte substancial»	Défices marcados nas habilidades verbais e não verbais de comunicação social; os défices sociais são aparentes mesmo com suporte no local; iniciação limitada de interações sociais e respostas reduzidas ou anormais à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação é limitada a interesses restritos especiais e que tem uma comunicação não verbal marcadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que aparecem com suficiente frequência para serem óbvios ao observador casual e interferirem com o funcionamento numa variedade de contextos. Angústia e/ou dificuldade em mudar de foco ou ação.
Nível 1 «Requerendo suporte»	Sem suportes no local, os défices na comunicação social causam prejuízos visíveis. Dificuldade em iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou mal-sucedidas à abertura social por outros. Pode parecer que têm interesse reduzido nas interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que é capaz de falar com frases completas e se envolve na comunicação mas cuja conversação bilateral com outros falha e as tentativas para fazer amigos são estranha e tipicamente mal-sucedidas.	A Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa com o funcionamento num ou mais contextos. Dificuldade em mudar entre atividades. Problemas de organização e planeamento dificultam a independência.

O especificador «associada a uma condição médica ou genética ou fator ambiental conhecidos» deve ser usado quando um indivíduo tem uma perturbação genética conhecida (por exemplo, síndrome de Rett, síndrome do X frágil, síndrome de Down), uma condição médica (por exemplo, epilepsia) ou uma história de exposição ambiental (por exemplo, valproato, síndrome fetal alcoólica, muito baixo peso à nascença).

Perturbações adicionais do neurodesenvolvmento, mentais ou comportamentais devem também ser registadas (por exemplo, perturbação de hiperatividade/défice de atenção; perturbação do desenvolvimento da coordenação; perturbações de comportamento disruptivo, do controlo dos impulsos ou do comportamento; perturbações de ansiedade, depressivas ou bipolares; perturbação de Tourette ou tiques; comportamento autolesivo; perturbações da alimentação e da ingestão, eliminação ou sono).

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação do espectro do autismo são o défice persistente na comunicação social recíproca e interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Estes sintomas estão presentes desde a primeira infância e limitam ou comprometem o funcionamento do dia-a dia (Critérios C e D). O estádio no qual o prejuízo do funcionamento se torna óbvio irá variar de acordo com as características do indivíduo e o seu meio envolvente. As características diagnósticas nucleares são evidentes no período de desenvolvimento, mas a intervenção, compensação e suportes atuais podem mascarar as dificuldades em pelo menos alguns contextos. As manifestações da perturbação também variam grandemente dependendo da gravidade da condição autística, nível de desenvolvimento e idade cronológica; daí, o termo *espectro*. A perturbação do espectro do autismo engloba perturbações previamente referidas como autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, perturbação desintegrativa da segunda infância e perturbação de Asperger.

As limitações na comunicação e interação social especificadas no Critério A são invasivas e mantidas. Os diagnósticos são mais válidos e fiáveis quando baseados em múltiplas fontes de informação, incluindo a observação do clínico, história fornecida pelo cuidador e, quando possível, autorrelato. Os défices verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variáveis, dependendo da idade do indivíduo, nível intelectual e capacidade de linguagem, bem como outros fatores, como história de tratamento e suporte atual. Muitos indivíduos têm défices da linguagem, variando desde uma completa ausência de fala até atrasos da linguagem, compreensão pobre da fala, fala em eco ou linguagem pomposa e excessiva mente literal. Mesmo quando as capacidades formais de linguagem (por exemplo, vocabulário, gramática) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca está comprometida na perturbação do espectro do autismo.

Os défices na reciprocidade social-emocional (isto é, a habilidade em envolver-se com outros e partilhar pensamentos e sentimentos) são claramente evidentes em crianças pequenas com a perturbação, que podem mostrar pouca ou nenhuma iniciativa de interação social e nenhuma partilha de emoções, em conjunto com imitação reduzida ou ausente do comportamento dos outros. A linguagem que existe é muitas vezes unilateral, deficiente em reciprocidade social e usada mais para pedir ou rotular do que para comentar, partilhar sentimentos ou conversar. Em adultos sem incapacidades intelectuais ou atrasos na linguagem, os défices na reciprocidade social-emocional podem ser sobretudo aparentes em dificuldades para

processar e responder a pistas sociais complexas (por exemplo, quando e como juntar-se a uma conversa, o que não se deve dizer). Os adultos que desenvolveram estratégias de compensação para alguns desafios sociais ainda se debatem em situações novas ou sem suporte e sofrem do esforço e ansiedade de calcular conscientemente o que é socialmente intuitivo para a maioria dos indivíduos.

Os défices nos comportamentos não verbais usados para a interação social são manifestados por uso reduzido, ausente ou atípico de contacto ocular (relativo às normas culturais), gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entoação da fala. Uma característica precoce da perturbação do espectro do autismo é a atenção conjunta deficiente, manifestando-se pela falha em apontar, mostrar ou trazer objetos para partilhar o interesse com outros ou pela incapacidade em seguir o apontar ou o olhar de alguém. Os indivíduos podem aprender alguns gestos funcionais, mas o seu repertório é mais pequeno que o dos outros e muitas vezes falham em usar os gestos expressivos espontaneamente na comunicação. Entre os adultos com linguagem fluente, a dificuldade na coordenação da comunicação não verbal com a fala pode dar a impressão de uma «linguagem corporal» estranha, desajeitada ou exagerada durante as interações. O défice pode ser relativamente subtil dentro dos modos individuais (por exemplo, alguém pode ter um contacto ocular relativamente bom quando fala) mas percetível na integração pobre do contacto ocular, gestos, postura corporal, prosódia e expressão facial para a comunicação social.

Os défices no desenvolvimento, manutenção e compreensão dos relacionamentos devem ser julgados por comparação com as normas para a idade, género e cultura. O interesse social pode estar ausente, reduzido ou ser atípico, manifestando-se pela rejeição dos outros, passividade ou abordagens inapropriadas que parecem agressivas ou disruptivas. Estas dificuldades são particularmente evidentes em crianças pequenas, nas quais existe muitas vezes uma falta de jogo social partilhado e de imaginação (por exemplo, jogos de faz-de-conta flexíveis apropriados à idade) e, mais tarde, insistência em brincar com regras muito fixas. Os indivíduos mais velhos podem debater-se para compreender que comportamento é considerado apropriado numa situação mas não noutra (por exemplo, comportamento descontraído durante uma entrevista de emprego) ou as formas diferentes em que a linguagem pode ser usada para comunicar (por exemplo, ironia, mentiras inocentes). Pode existir uma aparente preferência por atividades solitárias ou por interações com pessoas muito mais novas ou muito mais velhas. Muitas vezes, existe um desejo em estabelecer amizades sem uma ideia completa ou realista do que uma amizade implica (por exemplo, amizades unilaterais ou amizades baseadas somente em interesses especiais partilhados). As relações com irmãos, colegas de trabalho e cuidadores são também importantes de considerar (em termos de reciprocidade).

A perturbação do espectro do autismo é também definida por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (como especificado no Critério B), os quais mostram uma variedade de manifestações de acordo com a idade e a capacidade, intervenção e suportes atuais. Os comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples (por exemplo, bater com as mãos, agitar os dedos), uso repetitivo de objetos (por exemplo, girar moedas, alinhar brinquedos) e discurso repetitivo (por exemplo, ecolalia, papaguear atrasado ou imediato de palavras ouvidas; uso de «tu» quando se refere a si próprio; uso estereotipado de palavras, frases ou padrões prosódicos). A adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento pode manifestar-se em resistência à mudança (por exemplo, angústia em relação a mudanças aparentemente pequenas, tal como

no empacotamento de uma comida favorita; insistência na adesão a regras; rigidez de pensamento) ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo, perguntas repetitivas, percorrer a passo um perímetro). Na perturbação do espectro do autismo os interesses altamente restritos e fixados tendem a ser anormais em intensidade ou foco (por exemplo, uma criança fortemente ligada a uma panela; uma criança preocupada com aspiradores; um adulto que passa horas a escrever horários). Algumas fascinações e rotinas podem relacionar-se com aparentes hiper-reatividade ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, manifestadas por meio de respostas extremas a sons ou texturas específicas, cheirar e tocar objetos excessivamente, fascinação com luzes ou objetos giratórios e por vezes aparente indiferença à dor, calor ou frio. Reações extremas a, ou rituais envolvendo, sabor, cheiro, textura ou aparência dos alimentos ou restrições alimentares excessivas são comuns e podem ser uma característica de apresentação da perturbação do espectro do autismo.

Muitos adultos com perturbação do espectro do autismo sem incapacidade intelectual ou da linguagem aprendem a suprimir os comportamentos repetitivos em público. Os interesses especiais podem ser uma fonte de prazer e motivação e providenciar vias para educação e emprego mais tarde na vida. Os critérios de diagnóstico podem ser cumpridos quando padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiveram claramente presentes durante a infância ou nalgum ponto do passado, mesmo que os sintomas já não estejam presentes.

O Critério D requer que as características causem défice clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual. O Critério E especifica que os défices na comunicação social, embora por vezes acompanhados por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual), não estão em linha com o nível de desenvolvimento do indivíduo; os défices excedem as dificuldades esperadas com base no nível de desenvolvimento.

Estão disponíveis instrumentos de diagnóstico comportamental estandardizados com boas propriedades psicométricas, incluindo entrevistas a cuidadores, questionários e medidas de observação clínica, podendo melhorar a fiabilidade do diagnóstico ao longo do tempo e entre os clínicos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Muitos indivíduos com perturbação do espectro do autismo também apresentam défice intelectual e/ou défice da linguagem (por exemplo, lentidão a falar, atraso da compreensão da linguagem em relação à produção). Mesmo aqueles com inteligência média ou alta têm um perfil de aptidões desigual. As lacunas entre as habilidades intelectuais e funcionais adaptativas são muitas vezes grandes. Os défices motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha estranha, movimentos desajeitados e outros sinais motores anormais (por exemplo, andar em bicos de pés). Podem ocorrer autolesões (por exemplo, bater com a cabeça, morder os punhos) e os comportamentos disruptivos/desafiantes são mais comuns em crianças e adolescentes com perturbação do espectro do autismo do que noutras perturbações, incluindo incapacidade intelectual. Os adolescentes e adultos com perturbação do espectro do autismo têm propensão para ansiedade e depressão. Alguns indivíduos desenvolvem comportamentos motores do tipo catatónico (lentificação e «congelamento» a meio da ação), mas estes não têm tipicamente a magnitude de um episódio catatónico. No entanto, é possível que os indivíduos com perturbação do espectro do autismo experienciem uma deterioração marcada nos sintomas motores e exibam um episódio catatónico

completo com sintomas como mutismo, perseveração da postura, fazer caretas e flexibilidade cérea. O período de risco para catatonia comórbida parece ser maior durante a adolescência.

Prevalência

Em anos recentes, as frequências reportadas para a perturbação do espectro do autismo nos EUA e outros países que não os EUA aproximaram-se de 1% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. Permanece pouco claro se as taxas mais elevadas refletem a expansão dos critérios de diagnóstico do DSM-IV com a inclusão de casos subliminares, aumento da perceção da perturbação, diferenças na metodologia dos estudos ou um verdadeiro aumento da frequência da perturbação do espectro do autismo.

Desenvolvimento e Curso

A idade e padrão de início devem também ser anotados na perturbação do espectro do autismo. Os sintomas são tipicamente reconhecidos durante o segundo ano de vida (12-24 meses), mas podem ser observados antes dos 12 meses se os atrasos do desenvolvimento forem graves ou notados depois dos 24 meses se os sintomas forem mais subtis. A descrição do padrão de início pode incluir informação acerca de atrasos de desenvolvimento precoce ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou de linguagem. Nos casos em que foram perdidas habilidades, os pais e cuidadores podem fornecer uma história de deterioração gradual ou relativamente rápida dos comportamentos sociais ou habilidades de linguagem. Tipicamente, isto deverá ocorrer entre os 12 e os 24 meses de idade e é distinto dos casos raros de regressão do desenvolvimento que ocorre depois de pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal (previamente descrito como perturbação desintegrativa da segunda infância).

As características comportamentais da perturbação do espectro do autismo tornam-se evidentes pela primeira vez na primeira infância, com alguns casos a apresentarem uma falta de interesse na interação social no primeiro ano de vida. Algumas crianças com perturbação do espectro do autismo experienciam períodos de estagnação ou regressão do desenvolvimento, com uma deterioração gradual ou relativamente rápida dos comportamentos sociais ou uso da linguagem, muitas vezes durante os primeiros 2 anos de vida. Tais perdas são raras noutras perturbações e podem ser um marcador de alerta útil para a perturbação do espectro do autismo. Muito mais incomuns e justificando investigação médica mais extensa são as perdas de habilidades que transcendem a comunicação social (por exemplo, perda do autocuidado, da higiene ou das habilidades motoras) ou aquelas que ocorrem depois do segundo aniversário (ver também síndrome de Rett na secção «Diagnóstico Diferencial» para esta perturbação).

Os primeiros sintomas da perturbação do espectro do autismo envolvem muitas vezes o desenvolvimento atrasado da linguagem, muitas vezes acompanhado por falta de interesse social ou interações sociais incomuns (por exemplo, puxar indivíduos pela mão sem qualquer tentativa de olhar para eles), padrões do brincar estranhos (por exemplo, transportar brinquedos sem nunca tentar brincar com eles) e padrões de comunicação incomuns (por exemplo, saber o alfabeto mas não responder ao próprio nome). Pode suspeitar-se de surdez, mas esta é tipicamente excluída. Durante o segundo ano, comportamentos estranhos e repetitivos e a ausência de brincadeiras típicas tornam-se mais aparentes. Uma vez que muitas crianças pequenas com desenvolvimento típico têm preferências fortes e apreciam a repetição (por exemplo, comer os mesmos alimentos, ver o mesmo vídeo múltiplas vezes), distinguir

comportamentos restritos e repetitivos que sejam diagnósticos de perturbação do espectro do autismo pode ser difícil em crianças em idade pré-escolar. A distinção clínica é baseada no tipo, frequência e intensidade do comportamento (por exemplo, uma criança que diariamente alinha objetos durante horas e se sente muito angustiada se algum item é removido).

A perturbação do espectro do autismo não é uma perturbação degenerativa e é típico que a aprendizagem e a compensação continuem ao longo da vida. Os sintomas são muitas vezes mais marcados na primeira infância ou nos primeiros anos de escola, com ganhos no desenvolvimento tipicamente mais tarde na infância, pelo menos nalgumas áreas (por exemplo, interesse aumentado na interação social). Uma pequena proporção de indivíduos deteriora se comportamentalmente durante a adolescência, enquanto a maioria dos outros melhora. Apenas uma minoria de indivíduos com perturbação do espectro autismo vive e trabalha independentemente na idade adulta: aqueles que tendem a ter aptidões superiores da linguagem e inteligência e que são capazes de encontrar um nicho adequado aos seus interesses e habilidades especiais. Na generalidade, indivíduos com menores níveis de défice podem estar mais capacitados para funcionar de forma independente. No entanto, mesmo estes indivíduos podem permanecer socialmente ingénuos e vulneráveis, apresentar dificuldades na organização das exigências práticas sem ajuda e têm propensão para ansiedade e depressão. Muitos adultos relatam o uso de estratégias de compensação e mecanismos de *coping* para mascarar as suas dificuldades em público, mas sofrem do stress e esforço em manter uma fachada socialmente aceite. O conhecimento sobre a perturbação do espectro do autismo em idade avançada é escasso.

Alguns indivíduos aparecem para um primeiro diagnóstico na idade adulta, talvez impelidos pelo diagnóstico de autismo numa criança da família ou por um colapso das relações no trabalho ou em casa. A obtenção de uma história do desenvolvimento detalhada pode ser difícil nestes casos e é importante considerar dificuldades autorreportadas. Quando a observação clínica sugere que os critérios são cumpridos atualmente, pode ser diagnosticada a perturbação do espectro do autismo, dado que não existe evidência de boas habilidades de socialização e comunicação na infância. Por exemplo, o relato (por pais ou outros familiares) de que o indivíduo tinha amizades recíprocas comuns e continuadas, bem como boas capacidades de comunicação não verbal ao longo da infância, excluiria o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo; no entanto, a ausência de informação do desenvolvimento, por si só, não o deverá excluir.

As manifestações dos défices sociais e da comunicação e os comportamentos restritos/ /repetitivos que definem a perturbação do espectro do autismo são claros no período do desenvolvimento. Mais tarde na vida, a intervenção ou compensação, bem como os suportes atuais, podem mascarar estas dificuldades em pelo menos alguns contextos. No entanto, os sintomas mantêm-se suficientes para causar atualmente défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Os fatores de prognóstico mais bem estabelecidos para o prognóstico individual dentro da perturbação do espectro do autismo são a presença ou ausência de incapacidade intelectual e comprometimento da linguagem associados (por exemplo, linguagem funcional aos 5 anos é um sinal de bom prognóstico) e problemas de saúde mental adicionais. A epilepsia, como diagnóstico comórbido, está associada a maior incapacidade intelectual e aptidão verbal mais baixa.

Ambientais. Uma variedade de fatores de risco inespecíficos, tais como idade parental avançada, baixo peso à nascença ou exposição fetal ao valproato, podem contribuir para o risco de perturbação do espectro do autismo.

Genéticos e fisiológicos. As estimativas de hereditabilidade para a perturbação do espectro do autismo têm variado entre 37% e mais de 90%, baseadas em taxas de concordância em gémeos. Atualmente, cerca de 15% dos casos de perturbação do espectro do autismo parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variantes *de novo* do número de cópias ou mutações *de novo* em genes específicos associados à perturbação em diferentes famílias. No entanto, mesmo quando uma perturbação do espectro do autismo está associada a uma mutação genética conhecida, não parece ter penetrância completa. O risco para os restantes casos parece ser poligénico, com talvez centenas de *loci* genéticos fazendo contribuições genéticas relativamente pequenas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existirão diferenças culturais nas normas para a interação social, comunicação não verbal e relacionamentos, mas os indivíduos com perturbação do espectro do autismo são marcadamente comprometidos em comparação com as normas para o seu contexto cultural. Os fatores culturais e socioeconómicos podem afetar a idade em que é reconhecida ou diagnosticada; por exemplo, nos EUA, pode ocorrer o diagnóstico tardio ou subdiagnóstico de perturbação do espectro do autismo entre crianças afro-americanas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação do espectro do autismo é diagnosticada 4 vezes mais no sexo masculino do que no feminino. Em amostras clínicas, as mulheres tendem a apresentar mais provavelmente incapacidade intelectual acompanhante, sugerindo que as raparigas sem comprometimentos intelectuais ou atrasos da linguagem podem passar despercebidas, talvez devido a manifestações mais subtis das dificuldades sociais e comunicacionais.

Consequências Funcionais da Perturbação do Espectro do Autismo

Em crianças pequenas com perturbação do espectro do autismo, a falta de aptidões sociais e comunicacionais pode dificultar a aprendizagem, em particular a aprendizagem pela interação social ou em contextos com pares. Em casa, a insistência nas rotinas e a aversão à mudança, bem como as sensibilidades sensoriais, podem interferir com a alimentação e com o sono e tornar os cuidados de rotina (por exemplo, cortar o cabelo, intervenções dentárias) extremamente difíceis. As habilidades adaptativas estão tipicamente abaixo do QI medido. As dificuldades extremas no planeamento, organização e adaptação à mudança têm impacte negativo na realização académica, mesmo para estudantes com inteligência acima da média. Durante a idade adulta, estes indivíduos podem ter dificuldades em estabelecer independência devido à rigidez continuada e à dificuldade em lidar com a novidade.

Muitos indivíduos com perturbação do espectro do autismo, mesmo sem incapacidade intelectual, têm um funcionamento psicossocial adulto pobre classificado por medidas como a vida independente e o emprego lucrativo. As consequências funcionais na idade avançada são desconhecidas, mas o isolamento social e problemas comunicacionais (por exemplo,

procura de ajuda reduzida) têm provavelmente consequências para a saúde na idade adulta mais avançada.

Diagnóstico Diferencial

Síndrome de Rett. A disrupção da interação social pode ser observada durante a fase regressiva da síndrome de Rett (tipicamente entre 1 e 4 anos); assim, uma proporção substancial das jovens afetadas pode ter uma apresentação que preenche os critérios diagnósticos de perturbação do espectro do autismo. No entanto, após este período, a maioria dos indivíduos com síndrome de Rett melhora as suas habilidades de comunicação social e as características autísticas já deixam de ser uma área de preocupação principal. Consequentemente, a perturbação do espectro do autismo apenas deve ser considerada quando todos os critérios de diagnóstico são cumpridos.

Mutismo seletivo. No mutismo seletivo, o desenvolvimento precoce não está tipicamente perturbado. A criança afetada em regra exibe capacidades de comunicação apropriadas em certos contextos e ambientes. Mesmo em contextos em que a criança está calada, a reciprocidade social não está comprometida nem estão presentes padrões de comportamento restritos ou repetitivos.

Perturbações da linguagem e perturbação da comunicação social (pragmática). Nalgumas formas de perturbação da linguagem, podem existir problemas de comunicação e algumas dificuldades sociais secundárias. No entanto, a perturbação da linguagem específica não está em regra associada a comunicação não verbal anormal nem a presença de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Quando um indivíduo demonstra défice na comunicação e interação sociais, mas não apresenta comportamentos ou interesses restritos e repetitivos, os critérios para perturbação da comunicação social (pragmática) podem ser cumpridos, em vez da perturbação do espectro do autismo. O diagnóstico de perturbação do espectro do autismo sobrepõe-se ao de perturbação da comunicação social (pragmática) sempre que os critérios de perturbação do espectro do autismo são cumpridos, devendo haver cuidado na inquirição cuidadosa em relação a comportamentos restritos/repetitivos passados ou atuais.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) sem perturbação do espectro autismo. A incapacidade intelectual sem perturbação do espectro do autismo pode ser difícil de diferenciar da perturbação do espectro do autismo em crianças muito pequenas. Os indivíduos com incapacidade intelectual que não desenvolveram linguagem ou capacidades simbólicas também apresentam um desafio para o diagnóstico diferencial, já que o comportamento repetitivo também ocorre muitas vezes em tais indivíduos. O diagnóstico de perturbação do espectro do autismo num indivíduo com incapacidade intelectual é apropriado quando a comunicação social e interação estão significativamente comprometidas relativamente ao nível de desenvolvimento das habilidades não verbais do indivíduo (por exemplo, capacidades motoras finas, resolução de problemas não verbais). Em contraste, a incapacidade intelectual é o diagnóstico apropriado quando não existe discrepância aparente entre o nível de habilidades sociocomunicativas e outras habilidades intelectuais.

Perturbação de movimentos estereotipados. As estereotipias motoras estão entre as características diagnósticas da perturbação do espectro do autismo, portanto, um diagnóstico adi-

cional de perturbação de movimentos estereotipados não é atribuído quando tais comportamentos repetitivos são mais bem explicados pela presença de perturbação do espectro do autismo. No entanto, quando as estereotipias causam autolesões e se tornam o foco do tratamento, ambos os diagnósticos podem ser apropriados.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. As anomalias da atenção (excessivamente focado ou facilmente distraído) são comuns em indivíduos com perturbação do espectro do autismo, assim como a hiperatividade. Um diagnóstico de perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) deve ser considerado quando as dificuldades da atenção ou hiperatividade excedem o que é tipicamente observado em indivíduos de idade mental comparável.

Esquizofrenia. A esquizofrenia com início na infância desenvolve-se habitualmente depois de um período de desenvolvimento normal ou quase normal. Foi descrito um estado prodrómico no qual ocorrem défices sociais e interesses e crenças atípicos, os quais podem ser confundidos com os défices sociais vistos na perturbação do espectro do autismo. Alucinações e delírios, que são características que definem a esquizofrenia, não são característicos da perturbação do espectro do autismo. No entanto, os clínicos devem ter em conta o potencial que os indivíduos com perturbação do espectro do autismo têm para serem concretos na sua interpretação das perguntas sobre as características-chave da esquizofrenia (por exemplo, «Ouve vozes quando não está ninguém presente?» «Sim [no rádio]»).

Comorbilidades

A perturbação do espectro do autismo é com frequência associada a défice intelectual e perturbação da linguagem estrutural (isto é, uma incapacidade em compreender e construir frases com gramática apropriada), que devem ser registados usando os especificadores relevantes quando aplicáveis. Muitos indivíduos com perturbação do espectro do autismo têm sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios de diagnóstico para a perturbação (cerca de 70% dos indivíduos com perturbação do espectro do autismo podem ter uma perturbação mental comórbida e 40% têm 2 ou mais perturbações mentais comórbidas). Quando tanto os critérios para PHDA como para perturbação do espectro do autismo são cumpridos, ambos os diagnósticos devem ser atribuídos. O mesmo princípio se aplica a diagnósticos concomitantes de perturbação do espectro do autismo e perturbação do desenvolvimento da coordenação, perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e outros diagnósticos comórbidos. Entre indivíduos sem linguagem verbal ou que têm défices da linguagem, sinais observáveis como mudanças do sono ou alimentação e aumento de comportamentos desafiantes devem desencadear uma avaliação para ansiedade e depressão. As dificuldades de aprendizagem específicas (literacia e numeracia) são comuns, assim como a perturbação do desenvolvimento da coordenação. As condições médicas comummente associadas à perturbação do espectro do autismo devem ser registadas sob o especificador «associada a uma condição médica/genética ou ambiental/adquirida conhecida». Tais condições médicas incluem epilepsia, problemas de sono e obstipação. A perturbação evitante-restritiva da ingestão de alimentos é bastante frequente como característica de apresentação da perturbação do espectro do autismo e podem persistir preferências alimentares extremas e restritas.

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Perturbação de Hiperatividade/ /Défice de Atenção

Critérios de Diagnóstico

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2)

1. **Desatenção:** 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacte negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

   Nota. Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais), são necessários pelo menos 5 sintomas.

   a. Frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades (por exemplo, negligencia ou perde pormenores, o trabalho é impreciso).
   b. Frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades (por exemplo, tem dificuldades em manter-se concentrado durante aulas, conversas ou leitura prolongada).
   c. Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente (por exemplo, parece estar com o pensamento noutro assunto, mesmo na ausência de uma distração óbvia).
   d. Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (por exemplo, inicia as tarefas, mas depressa perde a concentração e é facilmente desviado).
   e. Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerir tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e pertences em ordem; trabalho confuso e desorganizado; tem uma pobre gestão de tempo; falha em cumprir prazos).
   f. Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (por exemplo, trabalhos escolares ou de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, completar formulários, rever textos longos).
   g. Frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telemóveis).
   h. Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios (para adolescentes mais velhos e adultos podem-se incluir pensamentos não relacionados).
   i. Esquece-se com frequência das atividades quotidianas (por exemplo, efetuar tarefas, fazer recados; para adolescentes mais velhos e adultos, devolver chamadas, pagar contas, manter compromissos).

2. **Hiperatividade e impulsividade:** 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos 6 meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacte negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

   Nota. Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais velhos), pelo menos 5 sintomas são necessários.

   a. Frequentemente, agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado.
   b. Frequentemente, levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado (por exemplo, levanta se do seu lugar na sala de aula, no escritório ou outro local de trabalho ou noutras situações que requerem permanecer sentado).
   c. Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo. (**Nota.** Em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentir se inquieto.)
   d. Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer
   e. Está frequentemente «em movimento», agindo como se estivesse «ligado a um motor» (por exemplo, sente-se desconfortável ou é incapaz de estar quieto por períodos extensos, como em restaurantes, encontros; pode ser experienciado por outros como estando impaciente ou com dificuldade em acompanhar).
   f. Frequentemente, fala em excesso.
   g. Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado (por exemplo, completa as frases das pessoas; não consegue esperar pela sua vez de entrar na conversa).
   h. Frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez (por exemplo, enquanto espera numa fila).
   i. Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas das outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer se ou assumir o controlo do que os outros estão a fazer).

B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade.

C. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, em casa, escola ou trabalho; com amigos ou familiares; noutras atividades).

D. Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação do humor, perturbação de ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação da personalidade, intoxicação ou abstinência de substâncias).

Especificar se:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada. Se estão preenchidos o Critério A1 (desatenção) e Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente de desatentação. Se está preenchido o Critério A1 (desatenção) mas não o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade. Se está preenchido o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) mas não o Critério A1 (desatenção) durante os últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial. Quando os critérios completos foram preenchidos previamente, mas nos últimos 6 meses os critérios não foram completamente preenchidos e os sintomas ainda resultam num défice do funcionamento social, académico ou ocupacional.

Especificar gravidade atual:

Ligeira. Estão presentes poucos, se alguns, sintomas excedentes em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico e os sintomas não resultam em défices mínimos no funcionamento social ou ocupacional.

Moderada. Estão presentes sintomas ou défice funcional entre «ligeiro» e «grave».

Grave. Estão presentes muitos sintomas excedentes em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico ou vários sintomas que são particularmente graves ou os sintomas resultam num défice marcado do funcionamento social ou ocupacional.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. A *desatenção* manifesta-se comportamentalmente na PHDA pela divagação nas tarefa, falta de persistência, havendo dificuldade em manter a concentração e sendo desorganizado, sem que isso se deva a comportamento desafiante ou falta de compreensão. A *hiperatividade* refere-se à atividade motora excessiva (tal como uma criança a correr às voltas), quando não é apropriado, ou inquietação, agitação ou loquacidade excessivos. Nos adultos, a hiperatividade pode manifestar-se por inquietação extrema ou por esgotarem os outros com a sua atividade. A *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e que têm um elevado potencial de prejudicar o indivíduo (por exemplo, precipitar-se para a rua sem olhar). A impulsividade pode refletir um desejo de recompensa imediata ou uma inaptidão para adiar a gratificação. Os comportamentos impulsivos podem manifestar-se como intrusividade social (por exemplo, interromper os outros excessivamente) e/ou tomar decisões importantes sem considerar as consequências de longo prazo (por exemplo, aceitar um trabalho sem a informação adequada).

A PHDA começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos transmite a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, o início numa idade mais jovem não é especificado devido às dificuldades em estabelecer retrospectivamente o começo preciso na infância. A recordação em adulto dos sintomas da infância tende a ser pouco confiável e é benéfico obter informação auxiliar.

As manifestações da perturbação têm de estar presentes em mais de um contexto (por exemplo, casa, escola e trabalho). Tipicamente a confirmação de sintomas substanciais nos vários contextos não consegue ser efetuada sem consultar informadores que tenham observado o indivíduo nesses contextos. Tipicamente, os sintomas variam dependendo do contexto dentro de um dado ambiente. Os sinais da perturbação podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo recebe recompensas frequentes por comportamentos

apropriados, se encontra sob supervisão apertada, num contexto novo, se encontra em atividades especialmente interessantes, tem estimulação externa consistente (por exemplo, via ecrãs eletrónicos) ou está a interagir em situações de um para um (por exemplo, o gabinete do clínico).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Atrasos ligeiros no desenvolvimento da linguagem, motor ou social não são específicos da PHDA mas ocorrem com frequência. As características associadas podem incluir baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Mesmo na ausência de uma perturbação da aprendizagem específica, o desempenho académico ou laboral está muitas vezes comprometido. O comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes e os indivíduos com PHDA podem exibir problemas cognitivos em testes de atenção, funções executivas ou memória, embora estes testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir de indicadores diagnósticos. No início idade adulta, a PHDA está associada a um aumento do risco de tentativas suicídio, primariamente quando existem perturbações do humor, comportamento ou de uso de substâncias comórbidas.

Nenhum marcador biológico é diagnóstico de PHDA. Como grupo, comparadas com os pares, as crianças com PHDA apresentam eletrencefalogramas com aumento das ondas lentas, redução total do volume cerebral nas imagens de ressonância magnética, e possivelmente atraso na maturação cortical posterior a anterior, mas estes achados não são diagnósticos. Nos casos incomuns em que há uma causa genética conhecida (por exemplo, síndrome do X frágil, síndrome da deleção de 22q11), a apresentação de PHDA deve ainda assim ser diagnosticada.

Prevalência

As pesquisas populacionais sugerem que a PHDA ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos.

Desenvolvimento e Curso

Muitos pais observam primeiro atividade excessiva quando a criança está a começar a andar, mas os sintomas são difíceis de distinguir de comportamentos normativos altamente variáveis antes dos 4 anos de idade. A PHDA é com mais frequência identificada durante os anos da escola primária quando a desatenção se torna mais proeminente e prejudicial. A perturbação é relativamente estável ao longo dos primeiros anos da adolescência inicial, mas alguns indivíduos têm um curso agravado pelo desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria dos indivíduos com PHDA, os sintomas de hiperatividade motora tornam-se menos óbvios na adolescência e idade adulta, mas as dificuldades com inquietação, inatenção, planeamento pobre e impulsividade persistem. Uma proporção substancial de crianças com PHDA mantém-se relativamente deficitária até à idade adulta.

Na idade pré-escolar, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção torna-se mais proeminente durante a escola primária. Durante a adolescência, os sinais de hiperatividade (por exemplo, correr e saltar) são menos comuns e podem confinar-se a agitação dos pés e das mãos, ou um sentimento interior de nervosismo, inquietação ou impaciência. Na idade adulta, em conjunto com a desatenção e inquietação, a impulsividade pode manter-se problemática mesmo quando a hiperatividade diminuiu.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. A PHDA está associada a inibição comportamental, controlo esforçado ou limitação da ação reduzidos; emocionalidade negativa e/ou procura de novidade elevada. Estes traços podem predispor algumas crianças para a PHDA mas não são específicos da perturbação.

Ambientais. Muito baixo peso à nascença (menos de 1500 g) conduz a um risco de PHDA 2 a 3 vezes maior, mas a maioria das crianças com baixo peso à nascença não desenvolve PHDA. Embora a PHDA esteja correlacionada com hábitos tabágicos durante a gravidez, alguma desta associação reflete risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada com aspetos da dieta. Pode existir uma história de abuso infantil, negligência, múltiplos locais de acolhimento, exposição a neurotoxinas (por exemplo, chumbo), infeções (por exemplo, encefalite) ou exposição a álcool *in utero*. A exposição a tóxicos ambientais foi correlacionada com PHDA subsequente, mas não é conhecido se estas associações são casuais.

Genéticos e fisiológicos. A PHDA é elevada em familiares de primeiro grau de indivíduos com PHDA. A hereditabilidade da PHDA é substancial. Embora genes específicos tenham sido correlacionados com a PHDA, estes não são fatores causais necessários ou suficientes. Défices visuais e auditivos, anomalias metabólicas, perturbações do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados como possíveis influências nos sintomas de PHDA.

A PHDA não está associada a características físicas específicas, embora as taxas de anomalias físicas mínimas (por exemplo, hipertelorismo, palato muito arqueado, implantação baixa das orelhas) possam ser relativamente elevadas. Podem ocorrer atrasos motores e outros sinais neurológicos subtis. (Notar que a coocorrência de inépcia e atrasos motores marcados deve ser codificada separadamente [por exemplo, perturbação do desenvolvimento da coordenação motora].)

Modificadores do curso. Os padrões de interação familiar na primeira infância com pouca probabilidade causam PHDA, mas podem influenciar o seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As diferenças nas taxas de prevalência da PHDA nas várias regiões parecem ser principalmente atribuíveis a diferentes práticas diagnósticas e metodológicas. No entanto, podem também existir variações culturais nas atitudes para com ou na interpretação dos comportamentos das crianças. As taxas de identificação clínica nos EUA para as populações afro-americanas e latinas tendem a ser mais baixas do que as da população caucasiana. As avaliações de sintomas informativos podem ser influenciadas pelo grupo cultural da criança e do informador, sugerindo que são relevantes na PHDA práticas culturalmente apropriadas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Na população geral, a PHDA é mais frequente no sexo masculino do que no feminino, com um rácio aproximado de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. Os indivíduos do sexo feminino têm maior probabilidade de se apresentar primariamente com características de desatenção.

Consequências Funcionais da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

A PHDA está associada a um desempenho escolar e realização académica reduzidos, rejeição social e, nos adultos, desempenho, realização e frequência ocupacional mais pobres, bem como maior probabilidade de desemprego e conflitos interpessoais elevados. As crianças com PHDA têm probabilidade significativamente maior do que os seus pares sem PHDA de desenvolver perturbação do comportamento na adolescência e perturbação da personalidade antissocial na vida adulta, aumentando consequentemente a probabilidade de perturbações de uso de substâncias e prisão. O risco subsequente de perturbações do uso de substâncias é elevado, especialmente quando se desenvolve perturbação do comportamento ou perturbação da personalidade antissocial. Os indivíduos com PHDA têm maior probabilidade de se ferirem que os seus pares. Os acidentes de viação e violações de regras de trânsito são mais frequentes em condutores com PHDA. Pode existir uma probabilidade elevada de obesidade entre indivíduos com PHDA.

A realização inadequada ou variável de tarefas que exigem esforço sustentado é muitas vezes interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. As relações familiares podem ser caracterizadas por discórdia e interações negativas. As relações entre pares são com frequência interrompidas pela rejeição, negligência ou provocação do indivíduo com PHDA por parte dos pares. Em média, os indivíduos com PHDA obtêm menos escolaridade, têm pior realização vocacional e pontuações de inteligência mais baixas que os seus pares, embora exista uma grande variabilidade. Na sua forma mais grave, a perturbação é marcadamente incapacitante, afetando o ajustamento social, familiar e escolar/ocupacional.

Os défices académicos, problemas relacionados com a escola e negligência pelos pares tendem a ser mais associados com sintomas elevados de desatenção, enquanto a rejeição pelos pares e, em menor extensão, as lesões por acidentes são mais salientes com sintomas marcados de hiperatividade ou impulsividade.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação desafiante de oposição. Os indivíduos com perturbação desafiante de oposição podem resistir às tarefas laborais e escolares que requerem autoaplicação porque resistem a conformarem-se com as exigências dos outros. O seu comportamento é caracterizado por negatividade, hostilidade e desafio. Estes sintomas têm de ser diferenciados da aversão à escola ou a tarefas mentalmente exigentes devido a dificuldade em manter o esforço mental, esquecimento de instruções e impulsividade dos indivíduos com PHDA. O facto de alguns indivíduos com PHDA poderem desenvolver atitudes de oposição secundárias em relação a tais tarefas e desvalorizar a sua importância complica o diagnóstico diferencial.

Perturbação explosiva intermitente. A PHDA e a perturbação explosiva intermitente partilham altos níveis de comportamento impulsivo. No entanto, os indivíduos com perturbação explosiva intermitente mostram agressividade grave em relação a outros, o que não é característico da PHDA, e não experienciam problemas na manutenção da atenção vistos na PHDA. Adicionalmente, a perturbação explosiva intermitente é rara na infância. A perturbação explosiva intermitente pode ser diagnosticada na presença da PHDA.

Outras perturbações do neurodesenvolvimento. A atividade motora aumentada que pode ocorrer na PHDA tem de ser distinguida dos comportamentos motores repetitivos que

caracterizam a perturbação de movimentos estereotipados e alguns casos de perturbação do espectro do autismo. Na perturbação de movimentos estereotipados, o comportamento motor é em geral fixo e repetitivo (por exemplo, balançar o corpo, morder-se a si próprio), enquanto a inquietação e a agitação da PHDA são tipicamente generalizadas e não são caracterizadas por movimentos repetitivos espereotipados. Na perturbação de Tourette, os frequentes e múltiplos tiques podem ser confundidos com a inquietação generalizada da PHDA. Pode ser necessária uma observação prolongada para diferenciar esta inquietação das crises de múltiplos tiques.

Perturbação da aprendizagem específica. As crianças com perturbação da aprendizagem específica podem parecer ter desatenção devido à frustração, falta de interesse ou capacidade limitada. No entanto, a desatenção em indivíduos com perturbação da aprendizagem específica que não têm PHDA não é incapacitante fora do trabalho académico.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual). Os sintomas de PHDA são comuns em crianças colocadas em contextos académicos que são inapropriados às suas capacidades intelectuais. Em tais casos, os sintomas não são evidentes durante as tarefas não académicas. Um diagnóstico de PHDA na incapacidade intelectual requer que a desatenção e hiperatividade seja excessiva para a idade mental.

Perturbação do espectro do autismo. Os indivíduos com PHDA e aqueles com perturbação do espectro do autismo exibem desatenção, disfunção social e dificuldade em controlar o comportamento. A disfunção social e a rejeição por pares observadas nos indivíduos com PHDA tem de ser distinguida da falta de envolvimento social, isolamento e indiferença às pistas faciais e tonais de comunicação vistas nos indivíduos com perturbação do espectro do autismo. As crianças com perturbação do espectro do autismo podem exibir birras devido à incapacidade de tolerar uma mudança no curso de eventos por si esperado. Em contraste, as crianças com PHDA podem comportar-se mal ou ter uma birra durante uma transição importante devido à impulsividade e autocontrolo pobre.

Perturbação reativa de vinculação. As crianças com perturbação reativa de vinculação podem mostrar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas da PHDA, e exibir outras características, como a falta de relacionamentos duradouros, que não são característicos da PHDA.

Perturbações de ansiedade. A PHDA partilha sintomas da desatenção com as perturbações de ansiedade. Os indivíduos com PHDA têm desatenção devido à sua atração por estímulos externos, novas atividades ou preocupação com atividades agradáveis. Isto distingue-se da desatenção devida à preocupação e ruminação vistas nas perturbações de ansiedade. A inquietação pode ser observada nas perturbações de ansiedade. No entanto, na PHDA, os sintomas não estão associados com a preocupação e ruminação.

Perturbações depressivas. Os indivíduos com perturbações depressivas podem apresentar-se com incapacidade em concentrar-se. No entanto, a concentração pobre nas perturbações do humor torna-se proeminente apenas durante um episódio depressivo.

Perturbação bipolar. Os indivíduos com perturbação bipolar podem ter atividade aumentada, concentração pobre e impulsividade aumentada, mas estas características são episódicas, ocorrendo vários dias de cada vez. Na perturbação bipolar, a impulsividade aumentada ou a desatenção são acompanhadas por humor elevado, grandiosidade e outras características específicas de perturbação bipolar. As crianças com PHDA podem mostrar mudanças significativas de humor dentro do mesmo dia; tal labilidade é distinta de um episódio

maníaco, o qual deve durar 4 dias ou mais para ser um indicador clínico de perturbação bipolar, mesmo em crianças. A perturbação bipolar é rara em pré-adolescentes, mesmo quando irritabilidade grave e raiva são proeminentes, enquanto a PHDA é comum entre crianças e adolescentes que mostram raiva e irritabilidade excessivas.

Perturbação de desregulação do humor disruptivo. A perturbação de desregulação do humor disruptivo é caracterizada por irritabilidade invasiva e intolerância à frustração, mas a impulsividade e a atenção desorganizada não são características essenciais. No entanto, a maioria das crianças e adolescentes com a perturbação têm sintomas que preenchem os critérios para PHDA, a qual é diagnosticada separadamente.

Perturbações de uso de substâncias. Diferenciar a PHDA das perturbações de uso de substâncias pode ser problemático se a primeira apresentação dos sintomas de PHDA se segue ao início do abuso ou uso frequente. Para o diagnóstico diferencial, podem ser essenciais evidências claras de informantes ou registos prévios de PHDA antes da utilização das substâncias.

Perturbações da personalidade. Em adolescentes e adultos, pode ser difícil distinguir a PHDA das perturbações da personalidade estado-limite, narcísica e outras perturbações da personalidade. Todas estas perturbações tendem a partilhar características de desorganização, intrusividade social, desregulação emocional e desregulação cognitiva. No entanto, a PHDA não é caracterizada por medo de abandono, autolesões, ambivalência extrema ou outras características de perturbação da personalidade. Pode ser necessária extensa observação clínica, entrevista de informantes ou uma história pormenorizada para distinguir comportamentos impulsivos, socialmente intrusivos ou inapropriados de comportamentos narcísicos, agressivos ou autoritários para efetuar este diagnóstico diferencial.

Perturbações psicóticas. A PHDA não é diagnosticada se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de uma perturbação psicótica.

Sintomas de PHDA induzidos por medicamentos. Sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade atribuíveis ao uso de medicamentos (por exemplo, broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [resultando em acatisia], medicamentos de reposição tiroideia) são diagnosticados como outras perturbações relacionadas com substâncias com outra especificação ou não especificadas.

Perturbações neurocognitivas. Não se conhece associação entre perturbação neurocognitiva major precoce (demência) e/ou perturbação neurocognitiva ligeira e a PHDA, mas estas perturbações podem apresentar sintomas semelhantes. Estas condições são distinguíveis da PHDA pelo seu início tardio.

Comorbilidades

Em contextos clínicos, as perturbações comórbidas são frequentes em indivíduos cujos sintomas preenchem os critérios para PHDA. Na população geral, a perturbação de oposição desafiante coocorre com a PHDA em aproximadamente metade das crianças com apresentação combinada e em cerca de um quarto das com apresentação predominantemente de desatenção. A perturbação do comportamento coocorre em cerca de um quarto das crianças e adolescentes com apresentação combinada, dependendo da idade e contexto. A maioria das crian ças e adolescentes com perturbação de desregulação do humor disruptivo tem sintomas que também preenchem os critérios para PHDA; uma percentagem menor de crianças com PHDA tem sintomas que cumprem critérios para perturbação de desregulação do humor disruptivo.

A perturbação de aprendizagem específica coocorre comummente com a PHDA. As perturbações de ansiedade e perturbação depressiva major ocorrem numa minoria de indivíduos com PHDA, mas mais frequentemente do que na população geral. A perturbação explosiva intermitente ocorre numa minoria de adultos com PHDA, mas em taxas acima das da população geral. Embora as perturbações de uso de substâncias sejam relativamente mais frequentes em adultos com a PHDA na população geral, as perturbações estão apenas presentes numa minoria de adultos com a PHDA. Nos adultos, a perturbação da personalidade antissocial e outras podem coocorrer com a PHDA. Outras perturbações que podem coocorrer com a PHDA incluem a perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações de tiques e perturbação do espectro do autismo.

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção com Outra Especificação

314.01 (F90.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de perturbação de hiperatividade/défice de atenção, que causam angústia ou incapacidade clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não preenchem todos os critérios para perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou qualquer outra das perturbações da classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria perturbação de hiperatividade/défice de atenção com outra especificação é usada em situações nas quais o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou qualquer perturbação do desenvolvimento específica. Isto é efetuado registando «perturbação de hiperatividade/défice de atenção com outra especificação» seguido pela razão específica (por exemplo, «com sintomas de défice atenção insuficientes»).

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção Não Especificada

314.01 (F90.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de perturbação de hiperatividade/défice de atenção, que causam angústia ou incapacidade clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não preenchem todos os critérios para perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou qualquer outra das perturbações da classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria perturbação de hiperatividade/défice de atenção não especificada é usada em situações nas quais o clínico escolhe *não* especificar a razão pela qual não são preenchidos os critérios para perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou para uma perturbação do desenvolvimento específica, e inclui apresentações nas quais não existe informação suficiente para efetuar um diagnóstico mais específico.

Perturbação da Aprendizagem Específica

Perturbação da Aprendizagem Específica

Critérios de Diagnóstico

A. Dificuldades em aprender e usar as capacidades académicas, como indicado pela presença de pelo menos 1 dos sintomas seguintes, que persistiram pelo menos 6 meses, apesar do fornecimento de intervenções direcionadas para essas dificuldades:
   1. Leitura de palavras imprecisa ou lenta e esforçada (por exemplo, lê alto palavras únicas incorretamente ou lenta e hesitantemente, muitas vezes supõe palavras, tem dificuldades em pronunciar palavras).
   2. Dificuldade em compreender o significado do que lê (por exemplo, pode ler o texto com precisão mas não compreender a sequência, relações, inferências ou significados mais profundos do que é lido).
   3. Dificuldades em soletrar (por exemplo, pode adicionar, omitir ou substituir vogais ou consoantes).
   4. Dificuldades com a expressão escrita (por exemplo, comete múltiplos erros gramaticais ou de pontuação dentro das frases; emprega uma organização de parágrafos pobre; expressão escrita de ideias com pouco clareza).
   5. Dificuldades em dominar o sentido dos números, factos numéricos ou o cálculo (por exemplo, tem um pobre entendimento dos números, sua magnitude e relações; conta pelos dedos para adicionar números de dígito único em vez de recordar o facto matemático como fazem os pares; perde-se no meio do cálculo aritmético e pode trocar procedimentos).
   6. Dificuldades com o raciocínio matemático (por exemplo, tem graves dificuldades em aplicar conceitos, factos ou procedimentos matemáticos para resolver problemas quantitativos).

B. As capacidades académicas afetadas são substancial e quantificavelmente abaixo das esperadas para a idade cronológica do indivíduo e causam interferência significativa no desempenho académico ou ocupacional ou com atividades da vida diária, como confirmado pela aplicação individual de escalas estandardizadas de realizações e avaliação clínica completa. Para indivíduos de 17 anos ou mais velhos, uma história documentada de dificuldades de aprendizagem incapacitantes pode ser substituída pela avaliação estandardizada.

C. As dificuldades de aprendizagem começam durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências para essas capacidades académicas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (por exemplo, como nos testes cronometrados, ler ou escrever relatórios longos e complexos com prazos apertados, cargas académicas excessivamente pesadas).

D. As dificuldades de aprendizagem não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua da instrução académica ou instrução educacional inadequada.

Nota. Os 4 critérios de diagnóstico são preenchidos com base numa síntese clínica da história (do desenvolvimento, médica, familiar, educacional), relatórios escolares e avaliação psicoeducacional do indivíduo.

Nota de codificação. Especificar todos os domínios académicos e subcapacidades que estão comprometidos. Quando mais de um domínio está comprometido, cada um deles deve ser codificado individualmente de acordo com os seguintes especificadores:

Especificar se:

315.00 (F81.0) Com défice na leitura:

Precisão da leitura de palavras

Ritmo ou fluência de leitura

Compreensão da leitura

Nota. *Dislexia* é um termo alternativo usado para referir um padrão de dificuldades de aprendizagem que se caracteriza por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, descodificação e capacidades de soletração pobres. Se o termo dislexia é usado para especificar este padrão particular de dificuldades, é também importante especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tais como dificuldades na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático.

315.2 (F81.81) Com défice na expressão escrita:

Precisão ortográfica

Precisão gramatical e da pontuação

Clareza ou organização da expressão escrita

315.1 (F81.2) Com défice na matemática:

Sentido numérico

Memorização de factos aritméticos

Cálculo preciso ou fluente

Raciocínio matemático preciso

Nota. *Discalculia* é um termo alternativo usado para referir um padrão de dificuldades caracterizado por problemas no processamento de informação numérica, aprendizagem de factos aritméticos e realização de cálculos precisos e fluentes. Se o termo discalculia é usado para especificar este padrão particular de dificuldades matemáticas, é também importante especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tal como dificuldades no raciocínio matemático ou precisão no raciocínio linguístico.

Especificar gravidade atual:

Ligeira. Algumas dificuldades na aprendizagem de capacidades em um ou dois domínios académicos, mas de gravidade suficientemente ligeira para que o indivíduo possa ser capaz de compensar ou funcionar bem quando são fornecidas adaptações ou serviços de suporte apropriados, especialmente durante os anos escolares.

Moderada. Dificuldades marcadas na aprendizagem de capacidades em um ou mais domínios académicos, de tal forma que é pouco provável que o indivíduo se torne competente sem alguns períodos de ensino intensivo ou especializado durante os anos escolares. Algumas adaptações ou serviços de suporte podem ser necessários, pelo menos em parte do dia, na escola, no local de trabalho ou em casa, para completar as atividades com precisão e eficácia.

Grave. Graves dificuldades na aprendizagem de capacidades, afetando vários domínios académicos, de tal forma que é pouco provável que o indivíduo aprenda essas capacidades sem um ensino intensivo e especializado contínuo, na maioria dos anos escolares. Mesmo com um leque de adaptações ou serviços em casa, na escola ou no local de trabalho, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades eficazmente.

Procedimentos de Registo

Deve ser registado cada um dos domínios e subcapacidades académicas comprometidos da perturbação da aprendizagem específica. Devido aos requisitos de codificação da ICD, os défices na leitura, défices na expressão escrita e défices no cálculo, com os seus correspondentes défices nas subcapacidades, têm de ser codificados separadamente. Por exemplo, défices na leitura e matemática e défices nas subcapacidades de ritmo ou fluência de leitura, compreensão da leitura, cálculo preciso ou fluente e raciocínio matemático preciso seriam codificados como 315.00 (F81.0) perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura, com défice no ritmo ou fluência da leitura e défice na compreensão da leitura; 315.1 (F81.2) perturbação da aprendizagem específica com défice na matemática, com défices no cálculo preciso ou fluente e défice no raciocínio matemático.

Características de Diagnóstico

A perturbação da aprendizagem específica é uma perturbação do neurodesenvolvimento com uma origem biológica, que é a base das anomalias a nível cognitivo, que estão associadas aos sinais comportamentais da perturbação. A origem biológica inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais, os quais afetam a capacidade do cérebro de perceber e processar informação verbal e não verbal de forma eficiente e precisa.

Uma característica essencial da perturbação de aprendizagem específica é a dificuldade em aprender capacidades académicas-chave (Critério A), com início durante os anos de escolaridade formal (isto é, o período de desenvolvimento). As capacidades académicas-chave incluem a leitura de palavras simples com precisão e fluência, compreensão da leitura, expressão escrita e soletração, cálculo aritmético e raciocínio matemático (resolução de problemas matemáticos). Contrastando com falar e andar, que são marcos do desenvolvimento adquiridos que surgem com a maturação cerebral, as capacidades académicas (por exemplo, leitura, soletração, escrita, matemática) têm de ser explicitamente ensinadas e aprendidas. A perturbação da aprendizagem específica perturba o padrão normal de aprendizagem das capacidades académicas, não é simplesmente uma consequência de falta de oportunidades de aprendizagem ou instrução inadequada. As dificuldades no domínio destas capacidades académicas-chave pode também impedir a aprendizagem de outras disciplinas académicas (por exemplo, história, ciências, estudos sociais), mas esses problemas são atribuíveis às dificuldades na aprendizagem de capacidades académicas subjacentes. As dificuldades em aprender a correspondência das letras com os sons da sua língua – ler palavras escritas (frequentemente chamadas *dislexia*) – é uma das manifestações mais comuns da perturbação de aprendizagem específica. As dificuldades de aprendizagem manifestam-se numa variedade de comportamentos ou sintomas observáveis e descritíveis (como listado nos Critérios A1 a A6). Estes sintomas clínicos podem ser observados e explorados por meio da entrevista clínica ou verificados pelos relatórios escolares, escalas de avaliação ou descrições de avaliações educacionais ou psicológicas prévias. As dificuldades de aprendizagem são persistentes, não transitórias. Em crianças e adolescentes, *persistência* é definida por restrição dos progressos na aprendizagem (isto é, sem evidência de que o indivíduo está a acompanhar os colegas) durante pelo menos 6 meses, não obstante o fornecimento de ajudas extra em casa ou na escola. Por exemplo, dificuldades em aprender a ler palavras simples, que não remitem completamente ou rapidamente com o fornecimento de instrução em capacidades fonológicas ou estratégias de identificação de palavras, podem indicar uma perturbação de aprendizagem específica. As evidências de dificuldades de aprendizagem persistentes podem ser

deduzidas de informação cumulativa de relatórios escolares, portfólio dos trabalhos avaliados da criança, medições baseadas no currículo ou entrevista clínica. Nos adultos, dificuldade persistente refere-se a dificuldades contínuas nas capacidades de literacia ou numeracia que se manifestam na infância ou adolescência, como indicado pela evidência cumulativa de relatórios escolares, portfólios de trabalhos avaliados ou avaliações prévias.

Uma segunda característica essencial é a de que o desempenho do indivíduo nas capacidades académicas afetadas se situa bastante abaixo da média para a idade (Critério B). Um indicador clínico robusto de dificuldades na aprendizagem de capacidades académicas é a realização académica baixa para a idade ou realização média sustentável apenas por níveis extraordinariamente elevados de esforço ou suporte. Nas crianças, as baixas capacidades académicas causam interferência significativa no desempenho escolar (como indicado por relatórios escolares e notas ou classificações dos professores). Outro indicador clínico, particularmente em adultos, é o evitamento de atividades que requerem capacidades académicas. Também na idade adulta, as baixas capacidades académicas interferem com o desempenho ocupacional ou atividades do dia-a-dia que requerem essas capacidades (como indicado por autorrelatos ou relatos de outros). No entanto, este critério requer também evidência psicométrica de um teste de rendimento escolar administrado individualmente, sólido em termos psicométricos e culturalmente apropriado, com referência a normas ou critérios. As capacidades académicas estão distribuídas ao longo de um contínuo, não existindo portanto um ponto de corte que possa ser usado para diferenciar indivíduos com e sem perturbação da aprendizagem específica. Assim, qualquer limiar usado para especificar o que constitui realização académica significativamente baixa (por exemplo, capacidades académicas bem abaixo do esperado para a idade) é em larga medida arbitrário. Baixos resultados de realização num ou mais testes ou subtestes estandardizados dentro de um domínio académico (isto é, pelo menos 1,5 desvios-padrão [DP] abaixo da média da população para a idade, o que se traduz num resultado-padrão de 78 ou menos, que é abaixo do 7.º percentil) são necessários para uma maior certeza diagnóstica. No entanto, os resultados precisos irão variar de acordo com os testes estandardizados usados. Com base no juízo clínico, um limiar mais brando pode ser usado (por exemplo, 1,0-2,5 DP abaixo da média da população para a idade), quando as dificuldades de aprendizagem são suportadas por evidências convergentes da avaliação clínica, história académica, relatórios escolares ou resultados de testes. Além disso, uma vez que os testes estandardizados não estão disponíveis em todas as línguas, o diagnóstico pode então ser em parte baseado no juízo clínico de resultados de medições nas medidas de avaliação disponíveis.

Uma terceira característica nuclear é que as dificuldades de aprendizagem são prontamente aparentes nos primeiros anos de escola na maioria dos indivíduos (Critério C). No entanto, noutros, as dificuldades de aprendizagem podem não se manifestar completamente até anos escolares mais tardios, altura em que as exigências de aprendizagem aumentaram e excederam as capacidades limitadas do indivíduo.

Outra característica diagnóstica-chave é a de que as dificuldades de aprendizagem são consideradas «específicas», por quatro razões. Primeiro, não são atribuíveis a incapacidades intelectuais (incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual]), atraso global do desenvolvimento, perturbações da visão ou audição, perturbações neurológicas ou motoras (Critério D). A perturbação da aprendizagem específica afeta a aprendizagem em indivíduos que de outro modo demonstram níveis normais de funcionamento intelectual (em regra estimado por um QI maior do que cerca de 70 [± 5 pontos permitindo erros

de medição]). A frase «subrealização académica inesperada» é com frequência citada como a característica definidora da perturbação da aprendizagem específica, já que as incapacidades de aprendizagem específicas não fazem parte de uma dificuldade de aprendizagem mais geral como é manifestado na incapacidade intelectual ou atraso global do desenvolvimento. A perturbação de aprendizagem específica pode também ocorrer em indivíduos identificados como intelectualmente «dotados». Estes indivíduos podem ser capazes de manter um funcionamento académico aparentemente adequado pelo uso de estratégias compensatórias, esforços extraordinariamente altos ou suportes, até que as exigências de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (por exemplo, testes cronometrados) imponham barreiras à demonstração da sua aprendizagem ou cumprimento das tarefas requeridas. Segundo, a dificuldade de aprendizagem não pode ser atribuída a fatores externos mais gerais, tais como desvantagem económica ou ambiental, absentismo crónico ou falta de educação, como a que é tipicamente providenciada no contexto comunitário do indivíduo. Terceiro, a dificuldade de aprendizagem não pode ser atribuída a uma perturbação neurológica (por exemplo, acidente vascular cerebral na infância), perturbação motora ou perturbações da visão ou audição, as quais são frequentemente associadas a problemas na aprendizagem de capacidades académicas mas são distinguíveis pela presença de sinais neurológicos. Por fim, a dificuldade de aprendizagem pode estar limitada a uma capacidade ou domínio académico (por exemplo, ler palavras simples, recuperar ou calcular factos numéricos).

É necessária uma avaliação abrangente. A perturbação da aprendizagem específica pode apenas ser diagnosticada após o início da educação formal, mas mais tarde pode ser diagnosticada em qualquer altura em crianças, adolescentes ou adultos, se houver evidência do início durante os anos de escolaridade formal (isto é, no período de desenvolvimento). Nenhuma fonte única de informação é suficiente para o diagnóstico de perturbação da aprendizagem específica. Em vez disso, a perturbação da aprendizagem específica é um diagnóstico clínico baseado numa síntese da história individual médica, do desenvolvimento, educacional e familiar; na história da dificuldade de aprendizagem, incluindo as suas manifestações prévias e atuais; no impacte das dificuldades no funcionamento académico, ocupacional ou social; nos relatórios escolares prévios e atuais; nos portfólios de trabalhos que requerem capacidades académicas; nas avaliações baseadas no currículo; e nos resultados, prévios ou atuais, de testes individuais estandardizados de realização académica. Se há suspeita de uma perturbação intelectual, sensorial, neurológica ou motora, então a avaliação clínica para perturbação da aprendizagem específica deve também incluir métodos apropriados para estas perturbações. Assim, a avaliação abrangente irá envolver profissionais com experiência na perturbação da aprendizagem específica e avaliação psicológica/cognitiva. Uma vez que a perturbação da aprendizagem específica tipicamente persiste na vida adulta, a reavaliação raramente é necessária, a menos que indicada por alterações marcadas das dificuldades de aprendizagem (melhoria ou agravamento) ou requisitada para propósitos específicos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação da aprendizagem específica é muitas vezes, mas não invariavelmente, precedida, nos anos pré-escolares, por atrasos na atenção, linguagem ou capacidades motoras, que podem persistir e coocorrer com a perturbação da aprendizagem específica. Um perfil desigual de capacidades é comum, tal como aptidões acima da média no desenho, projeção e outras capacidades visuoespaciais, mas com leitura lenta, esforçada e imprecisa e compreensão pobre da leitura e expressão escrita. Os indivíduos com perturbação da aprendizagem

específica tipicamente (mas não invariavelmente) exibem um desempenho pobre nos testes psicológicos de processamento cognitivo. No entanto, permanece pouco claro se estas anomalias cognitivas são a causa, correlato ou consequência das dificuldades de aprendizagem. De igual forma, embora os défices cognitivos associados às dificuldades de aprender a ler palavras estejam bem documentados, os que estão associados a outras manifestações da perturbação da aprendizagem específica (por exemplo, compreensão da leitura, cálculo aritmético, expressão escrita) estão pouco especificados ou são desconhecidos. Além disso, nos indivíduos com sintomas comportamentais ou resultados de testes semelhantes é encontrada uma variedade de défices cognitivos e muitos destes défices de processamento são também encontrados noutras perturbações do neurodesenvolvimento (por exemplo, perturbação de hiperatividade/défice de atenção [PHDA], perturbação do espectro do autismo, perturbações da comunicação, perturbação do desenvolvimento da coordenação). Assim, a avaliação dos défices de processamento cognitivo não é requerida para a avaliação diagnóstica. A perturbação da aprendizagem específica está associada a um risco aumentado de ideação suicida e tentativas de suicídio em crianças, adolescentes e adultos.

Não existem marcadores biológicos conhecidos da perturbação da aprendizagem específica. Como grupo, os indivíduos com esta perturbação mostram alterações circunscritas no processamento cognitivo e na estrutura e função cerebrais. As diferenças genéticas são também evidentes ao nível do grupo. Mas, presentemente, os testes cognitivos, exames de neuroimagem ou testes genéticos não são úteis para o diagnóstico.

Prevalência

A prevalência da perturbação da aprendizagem específica nos vários domínios académicos de leitura, escrita e matemática é de 5%-15%, entre crianças em idade escolar nas diferentes línguas e culturas. A prevalência em adultos é desconhecida, mas parece ser aproximadamente de 4%.

Desenvolvimento e Curso

O início, reconhecimento e diagnóstico da perturbação da aprendizagem específica ocorre em regra durante os anos da escola primária, quando é exigido às crianças que aprendam a ler, soletrar, escrever e matemática. No entanto, antecedentes como atrasos ou défices da linguagem, dificuldades a rimar ou contar ou dificuldades com capacidades motoras finas requeridas para escrever, ocorrem em regra na primeira infância antes do início da escolaridade formal. As manifestações podem ser comportamentais (por exemplo, relutância em envolver-se na aprendizagem; comportamento de oposição). A perturbação da aprendizagem específica é vitalícia, mas o curso e expressão clínica são variáveis, dependendo em parte das interações entre as exigências das tarefas do meio envolvente, o alcance e gravidade das dificuldades de aprendizagem do indivíduo, as capacidades de aprendizagem do indivíduo, as comorbilidades e os sistemas de suporte e intervenções disponíveis. No entanto, os problemas do dia-a-dia com a fluência e compreensão da leitura, soletração, expressão escrita e capacidades de numeracia tipicamente persistem na vida adulta.

Ocorrem mudanças na manifestação dos sintomas com a idade, de tal forma que um indivíduo pode ter um conjunto persistente ou inconstante de dificuldades de aprendizagem ao longo da vida.

Os exemplos de sintomas que podem ser observados entre crianças de idade pré-escolar incluem falta de interesse em jogar jogos com sons da linguagem (por exemplo, repetição,

rimar), podendo ter dificuldade em aprender rimas do infantário. As crianças de idade pré-escolar com perturbação da aprendizagem específica podem usar muitas vezes «fala de bebé», palavras mal pronunciadas e ter dificuldades em recordar os nomes de letras, números ou dias da semana. Podem não reconhecer letras no seu próprio nome e ter dificuldades em aprender a contar. As crianças em idade de infantário com perturbação da aprendizagem específica podem ser incapazes de reconhecer e escrever letras, de escrever o seu próprio nome ou podem usar uma soletração inventada. Podem ter problemas em decompor as palavras faladas em sílabas (por exemplo, irmão, como «ir» + «mão») e problemas em reconhecer palavras que rimam (por exemplo, gato, pato, rato). As crianças em idade de infantário podem também ter problemas em associar as letras aos seus sons (por exemplo, a letra b faz o som /b/) e podem ser incapazes de reconhecer fonemas (por exemplo, não saber num conjunto de palavras [por exemplo, cão, homem, carro] qual começa com o mesmo som que «capa»).

A perturbação da aprendizagem específica em crianças em idade de escola primária tipicamente manifesta-se como uma dificuldade marcada em aprender a correspondência das letras e sons (particularmente em crianças que falam inglês), descodificação fluente de palavras, soletração e factos matemáticos. A leitura em voz alta é lenta, imprecisa e esforçada e algumas crianças debatem-se para compreender a magnitude do que um número falado ou escrito representa. As crianças nos primeiros anos (1.º ao 3.º) podem continuar a ter problemas em reconhecer e manipular fonemas, ser incapazes de ler palavras monossiábicas comuns (tais como sol ou cão) e ser incapazes de reconhecer palavras irregularmente soletradas (por exemplo, bolo). Podem cometer erros na leitura que indicam problemas na conexão de sons e letras (por exemplo, bode, pode) e ter dificuldades a sequenciar números e letras. As crianças nos três primeiros anos de escolaridade podem também ter dificuldade em relembrar factos numéricos ou procedimentos aritméticos para somar, subtrair e assim por diante, e podem queixar-se que a leitura ou aritmética são difíceis e evitar fazê-lo. As crianças com perturbação da aprendizagem específica nos anos intermédios (4.º ao 6.º anos) podem pronunciar mal ou saltar partes de palavras longas polissilábicas (por exemplo, estruturalmente) e confundir palavras com sons semelhantes (por exemplo, cela e sela). Podem ter problemas em recordar datas, nomes e números de telefone e podem ter problemas em completar trabalhos de casa ou testes a tempo. As crianças nos anos intermédios de escolaridade podem também ter uma compreensão pobre com ou sem leitura lenta, esforçada e imprecisa e podem ter problemas a ler pequenas palavras funcionais (por exemplo, que, a, um). Podem ter uma soletração e trabalhos escritos muito pobres. Podem conseguir ler a primeira parte uma palavra corretamente e depois adivinhar de forma aleatória (por exemplo, camaradagem, «camada»), podem expressar medo ou recusar-se a ler em voz alta.

Em contraste, os adolescentes podem ter dominado a descodificação de palavras, mas a leitura mantém-se lenta e esforçada e podem demonstrar problemas marcados na compreensão da leitura e na expressão escrita (incluindo soletração pobre) e domínio pobre de factos matemáticos ou resolução de problemas matemáticos. Durante a adolescência e na idade adulta, os indivíduos com perturbação da aprendizagem específica podem continuar a efetuar numerosos erros de soletração e ler lentamente e com muito mais esforço palavras simples e texto relacionado, com dificuldades em pronunciar palavras polissilábicas. Podem frequentemente necessitar de reler o material para compreender ou obter o ponto principal e ter dificuldade em fazer inferências do texto escrito. Os adolescentes e adultos podem evitar atividades que exijam leitura ou aritmética (ler por prazer, ler instruções). Os adultos com perturbação da aprendizagem específica têm problemas contínuos de soletração, leitura

lenta e esforçada ou problemas em fazer inferências importantes de informação numérica em documentos escritos relacionados com o trabalho. Podem evitar atividades, tanto de lazer como relacionadas com o trabalho, que exijam leitura ou escrita ou usam abordagens alternativas para obter o texto escrito (por exemplo, *software* texto-voz/voz-texto, audiolivro, meios de comunicação).

Uma expressão clínica alternativa é a de dificuldades de aprendizagem circunscritas que persistem ao longo da vida, tais como uma incapacidade em dominar o sentido básico dos números (por exemplo, saber qual de um par de números ou pontos representa uma magnitude maior) ou falta de proficiência na identificação de palavras ou soletração. O evitamento ou relutância em envolver se em atividades que requerem capacidades académicas é comum em crianças, adolescentes e adultos. Episódios de ansiedade grave ou perturbações de ansiedade, incluindo queixas somáticas ou ataques de pânico, são comuns ao longo da vida e acompanham tanto a manifestação circunscrita como a alargada das dificuldades de aprendizagem.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A prematuridade ou muito baixo peso à nascença aumentam o risco de perturbação da aprendizagem específica, assim como a exposição pré-natal à nicotina.

Genéticos e fisiológicos. A perturbação da aprendizagem específica parece agregar-se em famílias, particularmente quando afeta a leitura, matemática e soletração. O risco relativo de perturbação da aprendizagem específica na leitura ou matemática é substancialmente mais elevado (por exemplo, 4 a 8 vezes e 5 a 10 vezes mais alto, respetivamente) em familiares de primeiro grau de indivíduos com estas dificuldades de aprendizagem, quando comparados com aqueles que não apresentam dificuldades. A história familiar de dificuldades de leitura (dislexia) e as capacidades de literacia parentais predizem os problemas de literacia ou perturbação da aprendizagem específica nos descendentes, indicando o papel combinado de fatores genéticos e ambientais.

Existe uma elevada hereditabilidade tanto para a capacidade como para a incapacidade de leitura em línguas alfabéticas e não alfabéticas, incluindo elevada hereditabilidade para a maioria das manifestações das capacidades e incapacidades de aprendizagem (por exemplo, valores de hereditabilidade estimados superiores a 0,6). A covariação entre as várias manifestações das dificuldades de aprendizagem é elevada, sugerindo que os genes relacionados com uma apresentação estão altamente correlacionados com os genes relacionados com outra manifestação.

Modificadores do curso. Problemas marcados de comportamentos de desatenção nos anos pré-escolares são preditivos de dificuldades posteriores na leitura e matemática (mas não necessariamente de perturbação da aprendizagem específica) e falta de resposta a intervenções académicas efetivas. Atrasos ou perturbações na fala ou linguagem, ou processamento cognitivo comprometido (por exemplo, consciência fonológica, memória de trabalho, nomeação seriada rápida), nos anos pré-escolares, predizem perturbação da aprendizagem específica posterior na leitura e expressão escrita. A comorbilidade com PHDA é preditiva de um pior prognóstico em termos de saúde mental do que o associado a perturbação da aprendizagem específica sem PHDA. Uma instrução sistemática, intensiva e individualizada, usando intervenções baseadas na evidência, pode aperfeiçoar ou melhorar as dificuldades de aprendizagem nalguns indivíduos ou promover o uso de estratégias compensatórias noutros, mitigando assim o prognóstico, que de outro modo é pobre.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação da aprendizagem específica ocorre nas várias línguas, culturas, raças e condições socioeconómicas, mas pode variar nas suas manifestações de acordo com a natureza dos sistemas simbólicos falados e escritos e práticas culturais e educacionais. Por exemplo, os requisitos de processamento cognitivo de leitura e de trabalho com números varia grandemente com as soletrações. Na língua inglesa, o sintoma clínico observável marcante de dificuldades de aprendizagem na leitura é a leitura lenta e imprecisa de palavras simples; noutras línguas alfabéticas que têm uma correspondência mais direta entre sons e letras (por exemplo, português, espanhol, alemão) e em línguas não alfabéticas (por exemplo, chinês, japonês), a característica marcante é a leitura lenta mas precisa. Em estudantes da língua inglesa, a avaliação deve incluir a consideração sobre se a origem das dificuldades de leitura é uma proficiência limitada no inglês ou uma perturbação da aprendizagem específica. Os fatores de risco para perturbação da aprendizagem específica em estudantes da língua inglesa incluem uma história familiar de perturbação da aprendizagem específica ou atraso da linguagem na língua nativa, bem como dificuldades de aprendizagem de inglês e falha em alcançar os pares. Se existe a suspeita de diferenças culturais ou da língua (por exemplo, como num estudante da língua inglesa), a avaliação necessita de ter em conta a proficiência do indivíduo na sua língua materna, bem como na segunda língua (neste exemplo, o inglês). Igualmente, a avaliação deve considerar o contexto linguístico e cultural no qual o indivíduo está a viver, bem como a sua história educacional e de aprendizagem na cultura e língua originárias.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação da aprendizagem específica é mais comum no sexo masculino do que no feminino (os rácios variam de cerca de 2:1 a 3:1) e não podem ser atribuídos a fatores como viés de averiguação, variação de definição ou medição, língua, raça ou estatuto socioeconómico.

Consequências Funcionais da Perturbação da Aprendizagem Específica

A perturbação da aprendizagem específica pode ter consequências funcionais negativas ao longo da vida, incluindo realização académica baixa, taxas mais elevadas de abandono escolar no ensino secundário, taxas mais baixas de ensino superior, níveis altos de angústia psicológica e saúde mental mais pobre em geral, taxas mais altas de desemprego e subemprego e salários mais baixos. O abandono escolar e sintomas depressivos concomitantes aumentam o risco de prognósticos de saúde mental pobres, incluindo suicídio, enquanto níveis mais altos de apoio social ou emocional predizem melhores prognósticos de saúde mental.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na realização académica. A perturbação da aprendizagem específica é distinguida das variações normais na realização académica devido a fatores externos (por exemplo, falta de oportunidades educativas, instrução consistentemente pobre, aprendizagem numa segunda língua), pois as dificuldades de aprendizagem persistem na presença de oportunidades educacionais adequadas, exposição ao mesmo tipo de instrução que o grupo de pares e competência na língua de instrução, mesmo quando é diferente da língua primariamente falada.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual). A perturbação da aprendizagem específica difere das dificuldades de aprendizagem gerais associadas à incapacidade intelectual, porque as dificuldades da aprendizagem ocorrem na presença de níveis normais de funcionamento intelectual (isto é, um QI de pelo menos 70±5). Se está presente incapacidade intelectual, a perturbação da aprendizagem específica apenas pode ser diagnosticada quando as dificuldades de aprendizagem são em excesso relativamente às que habitualmente estão associadas à incapacidade intelectual.

Dificuldades de aprendizagem devido a perturbações neurológicas ou sensoriais. A perturbação da aprendizagem específica é distinguida das dificuldades de aprendizagem devido a perturbações neurológicas ou sensoriais (por exemplo, acidente vascular cerebral infantil, lesão cerebral traumática, défice auditivo, défice visual), porque nestes casos existem achados anormais no exame neurológico.

Perturbações neurocognitivas. A perturbação da aprendizagem específica distingue-se dos problemas de aprendizagem associados a perturbações cognitivas neurodegenerativas, porque na perturbação da aprendizagem específica a expressão clínica das dificuldades de aprendizagem específicas ocorre durante o período de desenvolvimento e as dificuldades não se manifestam como um declínio marcado de um estado anterior.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. A perturbação da aprendizagem específica distingue-se do desempenho académico pobre associado a PHDA, pois nesta condição os problemas podem não refletir necessariamente dificuldades específicas nas capacidades de aprendizagem académica, mas antes refletir dificuldades no desempenho dessas capacidades. No entanto, a coocorrência de perturbação da aprendizagem específica e PHDA é mais frequente do que o esperado pela probabilidade. Se os critérios para ambas as perturbações forem preenchidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Perturbações psicóticas. A perturbação da aprendizagem específica é distinguida das dificuldades académicas e de processamento cognitivo associadas à esquizofrenia ou psicose, porque nestas perturbações existe um declínio (muitas vezes rápido) nestes domínios funcionais.

Comorbilidades

A perturbação da aprendizagem específica coocorre comummente com perturbações do neurodesenvolvimento (por exemplo, PHDA, perturbações da comunicação, perturbação do desenvolvimento da coordenação, perturbação do espectro do autismo) ou outras perturbações mentais (por exemplo, perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e bipolares). Estas comorbilidades não excluem necessariamente o diagnóstico de perturbação da aprendizagem específica, mas podem tornar os testes e diagnóstico diferencial mais difíceis, pois cada uma das perturbações concomitantes interfere independentemente na execução de atividades da vida diária, incluindo a aprendizagem. Assim, o juízo clínico é requerido para atribuir tal comprometimento às dificuldades de aprendizagem. Se existe uma indicação de que outro diagnóstico pode explicar as dificuldades na aprendizagem de capacidades académicas-chave descritas no Critério A, não deve ser diagnosticada perturbação da aprendizagem específica.

Perturbações Motoras

Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação

Critérios de Diagnóstico 315.4 (F82)

A. A aquisição e execução de capacidades motoras coordenadas estão substancialmente abaixo do esperado, dado a idade cronológica e oportunidades para a aprendizagem e uso de capacidades do indivíduo. As dificuldades são manifestadas como inépcia (por exemplo, deixar cair ou colidir com objetos), bem como lentidão e inexatidão no desempenho de capacidades motoras (por exemplo, apanhar um objeto, usar tesouras ou talheres, escrita manual, andar de bicicleta ou participar em desportos).

B. O défice de capacidades motoras do Critério A interfere significativa e persistentemente com atividades da vida diária apropriadas à idade cronológica (por exemplo, autocuidados e automanutenção) e tem impacte na produtividade académica/escolar, nas atividades pré-vocacionais e vocacionais, no lazer e na brincadeira.

C. O início dos sintomas acontece no período inicial do desenvolvimento.

D. Os défices de capacidades motoras não são mais bem explicados por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou défices visuais e não são atribuíveis a condições neurológicas que afetam o movimento (por exemplo, paralisia cerebral, distrofia muscular, perturbação degenerativa).

Características de Diagnóstico

O diagnóstico de perturbação do desenvolvimento da coordenação é efetuado por uma síntese clínica da história (do desenvolvimento e médica), exame físico, relatórios escolares ou do local de trabalho e avaliação individual usando testes estandardizados sólidos em termos psicométricos e culturalmente apropriados. A manifestação do comprometimento de capacidades que requerem coordenação motora (Critério A) varia com a idade. As crianças pequenas podem atrasar-se a alcançar marcos motores (isto é, sentar, gatinhar, andar), embora muitas atinjam os marcos motores típicos. Podem também atrasar-se no desenvolvimento de capacidades como subir escadas, pedalar, abotoar camisas, completar *puzzles* e usar fecho de correr. Mesmo quando a capacidade é atingida, a execução do movimento pode parecer desajeitada, lenta ou menos precisa do que a dos pares. As crianças mais velhas e adultos exibem velocidade lenta ou imprecisão em aspetos motores ou atividades como montagem de *puzzles*, construção de modelos, jogos com bola (sobretudo em equipa), escrita manual, datilografia, condução ou realização de tarefas de autocuidado.

A perturbação do desenvolvimento da coordenação é apenas diagnosticada se o comprometimento das capacidades motoras interfere significativamente com o desempenho ou participação nas atividades diárias da vida familiar, social, escolar ou comunitária (Critério B). Exemplos de tais atividades incluem vestir-se, alimentar-se às refeições com os utensílios apropriados e sem causar confusão, envolver-se em jogos físicos com outros, usar utensílios específicos nas aulas como régua e tesoura e participar em atividades de exercício em equipa na escola. Não só está comprometida a capacidade para desempenhar estas ações, como também é comum a lentidão marcada na sua execução. A competên-

eia na escrita está muitas vezes afetada, afetando consequentemente a legibilidade e/ ou velocidade de produção escrita e a realização académica (o impacto é distinguido do da perturbação de aprendizagem específica pela ênfase nos componentes motores das capa-cidades de produção escrita). Nos adultos, as capacidades do dia- a- dia na educação e trabalho, especialmente aquelas em que a velocidade e precisão são requeridas, são afetadas por problemas de coordenação.

O Critério C expõe que o início dos sintomas da perturbação do desenvolvimento da coordenação tem de se verificar no início do período de desenvolvimento. No entanto, a perturbação do desenvolvimento da coordenação não é tipicamente diagnosticada antes dos 5 anos porque existe uma variação considerável na idade de aquisição de muitas capacidades motoras, falta de estabilidade de medição na primeira infância (por exemplo, algumas crianças recuperam o atraso) ou porque outras causas de atraso motor podem não se ter manifestado completamente.

O Critério D especifica que o diagnóstico de perturbação do desenvolvimento da coordenação é efetuado se as dificuldades de coordenação não são mais bem explicadas por défices visuais ou atribuíveis a uma condição neurológica. Assim, exames da função visual e neurológico têm de ser incluídos na avaliação diagnóstica. Se estiver presente incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual), as dificuldades motoras são em excesso relativamente às esperadas para a idade mental; no entanto, não é especificado nenhum critério de discrepância ou valor de corte do QI.

A perturbação do desenvolvimento da coordenação não tem subtipos discretos; no entanto, os indivíduos podem estar comprometidos predominantemente em capacidades motoras grosseiras ou capacidades motoras finas, incluindo capacidades de escrita.

Outros termos usados para descrever a perturbação do desenvolvimento da coordenação incluem *dispraxia infantil, perturbação do desenvolvimento específico do funcionamento motor* e *síndrome da criança desajeitada.*

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Algumas crianças com perturbação do desenvolvimento da coordenação demonstram atividade motora adicional (em regra suprimida), tal como movimentos coreiformes dos membros sem apoio ou movimentos em espelho. Estes movimentos excessivos são referidos como *imaturidades no neurodesenvolvimento* ou *sinais neurológicos suaves* em vez de anomalias neurológicas. Tanto na literatura atual como na prática clínica, o seu papel no diagnóstico permanece pouco claro, requerendo mais investigação.

Prevalência

A prevalência da perturbação do desenvolvimento da coordenação em crianças dos 5 aos 11 anos é de 5%-6% (em crianças com 7 anos, 1,8% são diagnosticadas com perturbação do desenvolvimento da coordenação grave e 3% com perturbação do desenvolvimento da coordenação provável). O sexo masculino é mais frequentemente afetado do que o sexo feminino, com rácio masculino:feminino entre 2:1 e 7:1.

Desenvolvimento e Curso

O curso da perturbação do desenvolvimento da coordenação é variável mas estável pelo menos por 1 ano de seguimento. Embora possa existir melhoria a longo prazo, estima-se que os problemas na coordenação de movimentos continuem ao longo da adolescência em

50%-70% das crianças. O início ocorre na primeira infância. Os atrasos no atingimento dos marcos motores podem ser os primeiros sinais, ou a perturbação é reconhecida primeiramente quando a criança tenta tarefas como segurar uma faca ou garfo, abotoar roupas ou jogar à bola. Na segunda infância, existem dificuldades com aspetos motores na montagem de *puzzles*, construção de modelos, jogos com bola e escrita manual, bem como com a organização de pertences, quando é requerida sequenciação e coordenação motora. No início da idade adulta, existem dificuldades continuadas na aprendizagem de novas tarefas que envolvam capacidades motoras complexas/automáticas, incluindo conduzir e usar ferramentas. A incapacidade de tomar notas ou escrever manualmente com rapidez pode afetar o desempenho no local de trabalho. A coocorrência com outras perturbações (ver a secção «Comorbilidades» para esta perturbação) tem um impacte adicional na apresentação, curso e prognóstico.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A perturbação do desenvolvimento da coordenação é mais comum após exposição pré-natal ao álcool e em crianças pré-termo e de baixo peso à nascença.

Genéticos e fisiológicos. Défices nos processos do neurodesenvolvimento subjacentes – particularmente nas capacidades visuomotoras, tanto na perceção visuomotora como na mentalização espacial – foram encontrados e afetam a capacidade de efetuar ajustamentos motores rápidos à medida que a complexidade dos movimentos requeridos aumenta. Foi proposta uma disfunção cerebelosa, mas a base neural da perturbação do desenvolvimento da coordenação permanece pouco clara. Devido à coocorrência de perturbação do desenvolvimento da coordenação com perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA), incapacidades de aprendizagem específicas e perturbação do espectro do autismo, foi proposto um efeito genético partilhado. No entanto, a coocorrência consistente em gémeos apenas ocorre em casos graves.

Modificadores do curso. Os indivíduos com PHDA e perturbação do desenvolvimento da coordenação demonstram maior défice do que indivíduos com PHDA sem perturbação do desenvolvimento da coordenação.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação do desenvolvimento da coordenação ocorre nas várias culturas, raças e condições socioeconómicas. Por definição, as «atividades da vida diária» implicam diferenças culturais, sendo necessário considerar o contexto no qual a criança individual vive, bem como se tem oportunidades apropriadas para aprender e praticar tais atividades.

Consequências Funcionais da Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação

A perturbação do desenvolvimento da coordenação leva a um desempenho funcional comprometido em atividades da vida diária (Critério B) e o comprometimento aumenta com a coocorrência de outras condições. As consequências da perturbação do desenvolvimento da coordenação incluem participação reduzida em jogos e desportos de equipa; autoestima e sentido do valor pessoal baixos; problemas emocionais ou comportamentais; realização académica comprometida; má condição física; atividade física reduzida e obesidade.

Diagnóstico Diferencial

Défices motores devidos a outra condição médica. Os problemas na coordenação podem estar associados a défices da função visual e perturbações neurológicas específicas (por exemplo, paralisia cerebral, lesões progressivas do cerebelo, perturbações neuromusculares). Nesses casos, existem achados adicionais no exame neurológico.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual). Se está presente incapacidade intelectual, as competências motoras podem estar comprometidas em concordância com a incapacidade intelectual. No entanto, se as dificuldades motoras forem em excesso relativamente ao que pode ser explicado pela incapacidade intelectual e os critérios para perturbação do desenvolvimento da coordenação forem preenchidos, pode também ser diagnosticada uma perturbação do desenvolvimento da coordenação.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Os indivíduos com PHDA podem cair, colidir com objetos ou derrubar coisas. A observação cuidadosa nos vários contextos é requerida para se certificar se a falta de competência motora é mais atribuível à distração e impulsividade do que à perturbação do desenvolvimento da coordenação. Se tanto os critérios de PHDA como de perturbação do desenvolvimento da coordenação forem preenchidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Perturbação do espectro do autismo. Os indivíduos com perturbação do espectro do autismo podem não se interessarem pela participação em tarefas que requeiram capacidades complexas de coordenação, tais como desportos com bola, o que pode afetar o desempenho e funcionamento em testes, mas não reflete as competências motoras nucleares. A coocorrência de perturbação do desenvolvimento da coordenação e perturbação do espectro do autismo é comum. Se forem cumpridos os critérios para ambas as perturbações, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Síndrome de hipermobilidade articular. Os indivíduos com síndromes causando hiperextensibilidade articular (encontrada no exame físico; muitas vezes com queixas de dor) podem apresentar-se com sintomas similares aos de perturbação do desenvolvimento da coordenação.

Comorbilidades

As perturbações que habitualmente coocorrem com perturbação do desenvolvimento da coordenação incluem perturbação da fala e linguagem; perturbação da aprendizagem específica (em particular leitura e escrita); problemas de desatenção, incluindo PHDA (a condição com frequência coexistente, com cerca de 50% de coocorrência); perturbação do espectro do autismo; problemas de comportamento disruptivo e emocional; e síndrome de hipermobilidade articular. Diferentes grupos de coocorrência podem estar presentes (por exemplo, um grupo com perturbações da leitura graves, problemas motores finos e problemas na escrita manual; outro grupo com défices no controlo motor e planeamento motor). A presença de outras perturbações não exclui a perturbação do desenvolvimento da coordenação mas pode tornar mais difíceis os testes e interferir independentemente com a execução de atividades da vida diária, requerendo assim o juízo do examinador para a atribuição do défice às capacidades motoras.

Perturbação de Movimentos Estereotipados

Critérios de Diagnóstico 307.3 (F98.4)

A. Comportamentos motores repetitivos, aparentemente dirigidos e sem propósito (por exemplo, sacudir e agitar as mãos, balançar o corpo, bater com a cabeça, morder em si próprio, bater no próprio corpo).

B. O comportamento motor repetitivo interfere com as atividades sociais, académicas ou outras atividades e pode resultar em lesões ao próprio.

C. O início ocorre no princípio do período de desenvolvimento.

D. O comportamento motor repetitivo não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição neurológica e não é mais bem explicado por outra perturbação do neurodesenvolvimento ou mental (por exemplo, tricotilomania, perturbação obsessivo-compulsiva).

Especificar se:

Com comportamento autolesivo (ou comportamento que resultaria em lesões se não fossem tomadas medidas preventivas).

Sem comportamento autolesivo.

Especificar se:

Associado a uma condição médica ou genética conhecida, perturbação do neurodesenvolvimento ou fator ambiental (por exemplo, síndrome de Lesch-Nyhan, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual], exposição intrauterina ao álcool).

Nota de codificação. Usar código adicional para identificar a condição médica ou genética ou perturbação do neurodesenvolvimento associada.

Especificar gravidade atual:

Ligeira. Os sintomas são facilmente suprimidos por estímulos sensoriais ou distração.

Moderada. Os sintomas requerem medidas protetoras e modificação do comportamento explícitas.

Grave. São requeridas monitorização e medidas protetoras contínuas para prevenir lesões graves.

Procedimentos de Registo

Para uma perturbação do movimento estereotipado que está associada a uma condição médica ou genética conhecida, perturbação do neurodesenvolvimento ou fator ambiental, registe perturbação do movimento estereotipado com (nome da condição, perturbação ou fator) (por exemplo, perturbação do movimento estereotipado associada a síndrome de Lesch Nyhan).

Especificadores

A gravidade dos movimentos estereotipados não autolesivos abrange apresentações que vão de ligeiras, as quais são facilmente suprimidas por um estímulo sensorial ou distração, a movimentos contínuos que interferem marcadamente com todas as atividades da vida diária. Os comportamentos autolesivos variam em gravidade em várias dimensões, incluindo a frequência, impacte no funcionamento adaptativo e gravidade das lesões corporais (desde contusões ligeiras ou eritemas de bater com as mãos no corpo, a lacerações ou amputação de dedos, a descolamento da retina por bater com a cabeça).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação do movimento estereotipado é o comportamento motor repetitivo, aparentemente impulsivo e sem propósito (Critério A). Estes comportamentos são muitas vezes movimentos rítmicos da cabeça, mãos ou corpo sem função adaptativa óbvia. Os movimentos podem ou não responder a esforços para os parar. Entre as crianças com desenvolvimento típico, os movimentos repetitivos podem ser parados quando lhes é direcionada a atenção ou quando a criança é distraída de os desempenhar. Entre crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, os comportamentos tipicamente respondem menos a tais esforços. Noutros casos, o indivíduo demonstra comportamentos de autorrestrição (por exemplo, sentar-se em cima das mãos, embrulhar os braços na roupa, encontrar um dispositivo protetor).

O repertório de comportamentos é variável; cada indivíduo apresenta o seu próprio comportamento «assinatura», padronizado individualmente. Exemplos de comportamentos estereotípicos não autolesivos incluem, mas não estão limitados a, balançar o corpo, agitar ou rodar as mãos bilateralmente, passar ou agitar os dedos em frente à face, acenar ou agitar os braços e balançar a cabeça. Os comportamentos estereotipados autolesivos incluem, mas não estão limitados a, bater repetidamente com a cabeça, esbofetear a face, pressionar os olhos e morder as mãos, lábios ou outras partes do corpo. O pressionar dos olhos é particularmente preocupante e ocorre mais frequentemente entre crianças com défices visuais. Podem estar combinados múltiplos movimentos (por exemplo, empertigar a cabeça, balançar o tronco, abanar repetidamente um pequeno fio em frente à face).

Os movimentos estereotipados podem ocorrer várias vezes durante um dia, demorando desde alguns segundos até vários minutos ou mais. A frequência pode variar entre muitas ocorrências num único dia até várias semanas entre episódios. Os comportamentos variam no contexto, ocorrendo quando o indivíduo está ocupado com outras atividades, quando está excitado, nervoso, fatigado ou aborrecido. O Critério A requer que os movimentos sejam aparentemente sem objetivo. No entanto, os movimentos podem servir algumas funções. Por exemplo, os movimentos estereotipados podem reduzir a ansiedade em resposta a fatores de stress externos.

O Critério B diz que os movimentos estereotipados interferem com as atividades sociais, académicas ou outras atividades e, nalgumas crianças, podem resultar em lesões às próprias (ou resultariam se não fossem tomadas medidas protetoras). Se estão presentes lesões autoinfligidas, deverão ser codificadas usando o especificador. O início dos movimentos estereotipados ocorre no início do período de desenvolvimento (Critério C). O Critério D refere que o comportamento repetitivo e estereotipado na perturbação dos movimentos estereotipados não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição neurológica e não é mais bem explicado por perturbação do neurodesenvolvimento ou mental. A presença de movimentos estereotipados pode indicar um problema do neurodesenvolvimento não detetado, sobretudo em crianças de 1 a 3 anos.

Prevalência

Os movimentos estereotipados simples (por exemplo, balançar) são comuns em crianças pequenas tipicamente desenvolvidas. Movimentos estereotipados complexos são muito menos comuns (ocorrendo em cerca de 3%-4%). Entre 4% e 16% dos indivíduos com incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) manifestam estereotipias e lesões autoinfligidas. O risco é maior em indivíduos com incapacidade intelectual grave.

Entre os indivíduos com incapacidade intelectual que vivem em instalações residenciais, 10%-15% podem ter perturbação de movimentos estereotipados com lesões autoinfligidas.

Desenvolvimento e Curso

Tipicamente, os movimentos estereotipados começam nos primeiros 3 anos de vida. Os movimentos estereotipados simples são comuns na infância e podem estar envolvidos na aquisição de domínio motor. Em crianças que desenvolvem estereotipias motoras complexas, cerca de 80% exibem sintomas antes dos 24 meses de idade, 12% entre os 24 e os 35 meses e 8% aos 36 meses ou mais tarde. Na maioria das crianças com desenvolvimento típico, estes movimentos desaparecem com o tempo ou podem ser suprimidos. O início das estereotipias motoras complexas pode ser na infância ou no período de desenvolvimento mais tardio. Entre os indivíduos com incapacidade intelectual, os comportamentos estereotipados autolesivos podem persistir durante anos, embora a topografia ou padrão de lesões autoinfligidas possa mudar.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. O isolamento social é um fator de risco para autoestimulação que pode progredir para movimentos estereotipados com comportamento autolesivo repetitivo. O stress ambiental pode também desencadear comportamento estereotipado. O medo pode modificar o estado fisiológico, resultando num aumento da frequência dos comportamentos estereotipados.

Genéticos ou fisiológicos. Um baixo funcionamento cognitivo está ligado a um maior risco de comportamentos estereotipados e resposta mais pobre às intervenções. Os movimentos estereotipados são mais frequentes entre indivíduos com incapacidade intelectual moderada a grave/profunda, que em virtude de uma síndrome particular (por exemplo, síndrome de Rett) ou fator ambiental (por exemplo, um ambiente com estimulação relativamente insuficiente) parecem estar em maior risco para estereotipias. Os comportamentos autolesivos repetitivos podem ser um fenótipo comportamental em síndromes neurogenéticas. Por exemplo, na síndrome de Lesch Nyhan, existem movimentos estereotipados distónicos e automutilações de dedos, mordedura de lábios e outras formas de comportamento autolesivo, a menos que o indivíduo seja contido, e na síndrome de Rett e síndrome de Cornelia de Lange, as lesões autoinfligidas podem resultar de estereotipias mão-à-boca. Os comportamentos estereotipados podem resultar de condição médica dolorosa (por exemplo, infeções do ouvido médio, problemas dentários, refluxo gastresofágico).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação do movimento estereotipado, com ou sem comportamento autolesivo, ocorre em todas as raças e culturas. As atitudes culturais perante comportamentos incomuns podem resultar num atraso do diagnóstico. A tolerância cultural e atitudes globais em relação ao movimento estereotipado variam e têm de ser consideradas.

Diagnóstico Diferencial

Desenvolvimento normal. Os movimentos estereotipados simples são comuns na primeira infância. O balançar pode ocorrer na transição de a dormir para acordado, um comportamento que em regra desaparece com a idade. As estereotipias complexas são menos comuns em crianças com desenvolvimento típico e podem ser em regra suprimidas por distração ou estimulação sensorial. A rotina diária do indivíduo raramente é afetada e os movimen-

tos em geral não causam angústia à criança. O diagnóstico não seria apropriado nestas circunstâncias.

Perturbação do espectro do autismo. Os movimentos estereotipados podem ser um sintoma de apresentação da perturbação do espectro do autismo e devem ser considerados quando os movimentos e comportamentos repetitivos estão a ser avaliados. Os défices na comunicação social e reciprocidade manifestados na perturbação do espectro do autismo estão em geral ausentes na perturbação de movimentos estereotipados. Assim, a interação social, comunicação social e comportamentos e interesses rígidos e repetitivos são características distintivas. Quando a perturbação do espectro do autismo está presente, a perturbação de movimentos estereotipados apenas é diagnosticada quando existe comportamento autolesivo ou quando os comportamentos estereotipados são suficientemente graves para se tornarem o foco do tratamento.

Perturbações de tiques. Tipicamente, as estereotipias têm uma idade de começo mais precoce (antes dos 3 anos) do que os tiques, que têm uma idade média de começo aos 5-7 anos. São consistentes e fixas no seu padrão ou topografia quando comparadas com os tiques, os quais são variáveis na sua apresentação. As estereotipias podem envolver braços, mãos ou o corpo inteiro, enquanto os tiques comummente envolvem os olhos, face, cabeça e ombros. As estereotipias são mais fixas, rítmicas e prolongadas em duração do que os tiques, que em geral são breves, rápidos, aleatórios e flutuantes. Os tiques e movimentos estereotipados são ambos reduzidos pela distração.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. A perturbação de movimentos estereotipados é distinguida da perturbação obsessivo-compulsiva (POC) pela presença de obsessões, bem como pela natureza dos comportamentos repetitivos. Na POC o indivíduo sente-se levado a desempenhar os comportamentos repetitivos em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente, enquanto na perturbação de movimentos estereotipados os comportamentos são aparentemente dirigidos e sem propósito. A tricotilomania e a perturbação de escoriação são caracterizadas por comportamentos repetitivos focados no corpo (isto é, arrancar cabelos e pele) que podem ser aparentemente impulsivos mas não são sem propósito e podem não ser padronizados ou rítmicos. Além disso, o começo na tricotilomania e perturbação de escoriação não é tipicamente no período do desenvolvimento, mas antes por volta da puberdade ou mais tarde.

Outras condições neurológicas ou médicas. O diagnóstico de movimentos estereotipados requer a exclusão de hábitos, maneirismos, discinesias paroxísticas e coreia benigna hereditária. São necessários uma história e exame neurológicos para avaliar características sugestivas de outras perturbações, tais como mioclonias, distonia, tiques e coreia. Os movimentos involuntários associados a uma condição neurológica podem ser distinguidos pelos seus sinais e sintomas. Por exemplo, movimentos repetitivos e estereotipados na discinesia tardia podem ser distinguidos por uma história de uso crónico de neurolépticos e discinesia oral ou facial característica ou movimentos irregulares do tronco ou membros. Estes tipos de movimentos não resultam em lesões autoinfligidas. Um diagnóstico de perturbação de movimentos estereotipados não é apropriado para escoriação ou coceira repetitivas da pele associadas à intoxicação ou abuso de anfetaminas (por exemplo, pacientes diagnosticados com perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento) e movimentos coreoatetósicos associados a outras perturbações neurológicas.

Comorbilidades

A perturbação de movimentos estereotipados pode ocorrer como um diagnóstico primário ou secundário a outra perturbação. Por exemplo, as estereotipias são uma manifestação comum de uma variedade de perturbações neurogenéticas, tais como síndrome de Lesch-Nyhan, síndrome de Rett, síndrome do X frágil, síndrome de Cornelia de Lange e síndrome Smith-Magenis. Quando a perturbação de movimentos estereotipados coocorre com outra condição médica, ambas devem ser codificadas.

Perturbações de Tiques

Critérios de Diagnóstico

Nota. Um tique é um movimento motor ou uma vocalização súbitos, rápidos, recorrentes, não rítmicos.

Perturbação de Tourette 307.23 (F95.2)

A. Estão presentes em algum momento durante a doença múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais, ainda que não necessariamente de forma simultânea.
B. Os tiques podem aumentar ou diminuir de frequência mas persistiram por mais de 1 ano desde o aparecimento do primeiro tique.
C. O início acontece antes dos 18 anos.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou a outra condição médica (por exemplo, doença de Huntington, encefalite pós-viral).

Perturbação de Tiques Motores ou Vocais Persistente (Crónica) 307.22 (F95.1)

A. Estão presentes durante a doença tiques motores ou vocais, únicos ou múltiplos, mas não motores ou vocais em simultâneo.
B. Os tiques podem aumentar ou diminuir de frequência mas persistiram por mais de 1 ano desde o aparecimento do primeiro tique.
C. O início acontece antes dos 18 anos.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou a outra condição médica (por exemplo, doença de Huntington, encefalite pós viral).
E. Os critérios para perturbação de Tourette nunca estiveram preenchidos.

Especificar se:

Apenas com tiques motores
Apenas com tiques vocais

Perturbação de Tiques Transitória 307.21 (F95.0)

A. Tiques motores e/ou vocais, únicos ou múltiplos.
B. Os tiques estão presentes há menos de 1 ano desde o aparecimento do primeiro tique.
C. O início acontece antes dos 18 anos.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou a outra condição médica (por exemplo, doença de Huntington, encefalite pós-viral).
E. Os critérios para perturbação de Tourette ou perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica) nunca estiveram preenchidos.

Especificadores

O especificador «apenas com tiques motores» ou «apenas com tiques vocais» só é requerido para a perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica).

Características de Diagnóstico

As perturbações de tiques incluem 4 categorias diagnósticas: perturbação de Tourette, perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica), perturbação de tiques transitória e perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada. O diagnóstico de qualquer perturbação de tiques é baseado na presença de tiques motores e/ou vocais (Critério A), duração dos sintomas de tiques (Critério B), idade de início (Critério C) e ausência de qualquer causa conhecida como outra condição médica ou uso de substâncias (Critério D). As perturbações de tiques são hierárquicas na ordem (isto é, perturbação de Tourette, seguida por perturbação de tiques motores ou vocais persistente [crónica], seguida por perturbação de tiques transitória, seguida pela categoria perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada), de tal forma que uma vez feito o diagnóstico de uma perturbação de tiques num nível da hierarquia, um diagnóstico abaixo na hierarquia não pode ser efetuado (Critério E).

Os tiques são movimentos motores ou vocalizações súbitos, rápidos, recorrentes e não rítmicos. Um indivíduo pode ter vários sintomas de tiques ao longo do tempo, mas num dado momento o repertório de tiques recorre de modo característico. Embora os tiques possam incluir quase qualquer grupo muscular ou vocalização, certos sintomas de tiques, como piscar os olhos ou pigarrear, são comuns entre populações de pacientes. Os tiques são em geral experienciados como involuntários, mas podem ser suprimidos voluntariamente por períodos de tempo variáveis.

Os tiques podem ser simples ou complexos. Os *tiques motores simples* são de curta duração (isto é, milissegundos) e podem incluir picar os olhos, encolher os ombros e extensão das extremidades. Os tiques vocais simples incluem pigarrear, fungar e grunhir, muitas vezes causados pela contração do diafragma ou músculos da orofaringe. Os *tiques motores complexos* são de duração mais longa (isto é, segundos) e incluem com frequência uma combinação de tiques simples, tais como virar a cabeça e encolher os ombros simultaneamente. Os tiques complexos podem parecer propositados, tal como um gesto sexual ou obsceno tipo tique (*copropraxia*) ou uma imitação dos movimentos de outra pessoa tipo tique (*ecopraxia*). De forma semelhante, os tiques vocais complexos incluem a repetição dos próprios sons ou palavras (*palilalia*), repetição da última palavra ou frase ouvida (*ecolalia*) ou enunciação de palavras socialmente inaceitáveis, incluindo obscenidades ou insultos étnicos, raciais ou religiosos (*coprolalia*). De notar que a coprolalia é uma emissão abrupta, aguda, de vociferações ou grunhidos e não possui a prosódia da linguagem inapropriada semelhante observada nas interações humanas.

A presença de tiques motores e/ou vocais varia nas 4 perturbações de tiques (Critério A). Para a perturbação de Tourette, tanto tiques motores como vocais têm de estar presentes, enquanto na perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica), apenas tiques motores ou vocais estão presentes. Para a perturbação de tiques transitória, tiques motores e/ou vocais podem estar presentes. Para a categoria perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada, os sintomas de perturbação do movimento são mais bem caracterizados como tiques, mas são atípicos na apresentação, idade de início ou têm uma etiologia conhecida.

O critério de duração mínima de 1 ano (Critério B) assegura que os indivíduos diagnosticados com perturbação de Tourette ou perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica) tiveram sintomas persistentes. Os tiques aumentam e diminuem de gravidade e alguns indivíduos podem ter períodos de semanas a meses sem tiques; no entanto, num indivíduo que tenha tido sintomas de tiques de duração superior a 1 ano desde o surgimento do primeiro tique, considerar-se-iam os sintomas como persistentes independentemente da duração dos períodos sem tiques. Para um indivíduo com tiques motores e/ou vocais de duração inferior a 1 ano desde o surgimento do primeiro tique, pode ser considerada uma perturbação de tiques transitória. Não existe nenhuma especificação de duração para a categoria perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada. O início dos tiques tem de ocorrer antes dos 18 anos (Critério C). As perturbações de tiques começam tipicamente no período pré-púbere, com uma idade média de início entre os 4 e os 6 anos e a incidência de novos casos de perturbações de tiques começa a diminuir nos anos da adolescência. Casos de perturbações de tiques de início de novo na idade adulta são extremamente raros e estão muitas vezes associados a exposição a drogas (por exemplo, uso excessivo de cocaína) ou são resultado de lesões no sistema nervoso central (por exemplo, encefalite pós-viral). Embora seja incomum o surgimento de tiques em adolescentes e adultos, não é incomum a sua apresentação para uma primeira avaliação diagnóstica e, quando avaliados com cuidado, fornecem uma história de sintomas ligeiros desde a infância. O início de novo de movimentos anormais sugestivos de tiques, fora do intervalo de idade habitual, deve levar a uma avaliação para outras perturbações do movimento ou para etiologias específicas.

Os sintomas de tiques não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (Critério D). Quando existem evidências fortes da história, exame físico e/ou resultados laboratoriais que sugiram uma causa plausível, próxima e provável de perturbação de tiques, deve ser usado um diagnóstico de perturbação de tiques com outra especificação.

O preenchimento prévio dos critérios para perturbação de Tourette invalida um possível diagnóstico de perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica) (Critério E). De forma semelhante, um diagnóstico prévio de perturbação de tiques motores ou vocais persistente (crónica) invalida um diagnóstico de perturbação de tiques transitória ou de perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada (Critério E).

Prevalência

Os tiques são comuns na infância, mas transitórios na maioria dos casos. A prevalência estimada da perturbação de Tourette vai dos 3 a 8 casos em 1000 crianças em idade escolar. O sexo masculino é habitualmente mais afetado do que o feminino, com rácios variando entre 2:1 e 4:1. Uma pesquisa nacional nos EUA estimou a prevalência de casos clinicamente identificados em 3 em 1000. A frequência de casos identificados foi mais baixa entre afro-americanos e hispano-americanos, o que pode estar relacionado com diferenças no acesso aos cuidados.

Desenvolvimento e Curso

O início dos tiques acontece tipicamente em idades entre os 4 e 6 anos. O pico de gravidade ocorre entre os 10 e 12 anos, com um declínio de gravidade durante a adolescência. Muitos adultos com perturbações de tiques experienciam sintomas diminuídos. Uma pequena percentagem de indivíduos terá sintomas persistentemente graves ou agravamento na idade adulta.

Os sintomas de tiques manifestam-se de forma semelhante em todos os grupos etários e ao longo da vida. Os tiques aumentam e diminuem de gravidade e mudam de grupo muscular afetado e vocalizações ao longo do tempo. À medida que as crianças ficam mais velhas, começam a relatar a associação dos seus tiques com uma ânsia premonitória – uma sensação somática que precede o tique – e um sentimento de redução de tensão após a expressão do tique. Os tiques associados a uma ânsia premonitória podem ser experienciados como não completamente «involuntários», no sentido que se pode resistir ao impulso e ao tique. Um indivíduo pode também sentir necessidade de desempenhar um tique de uma forma específica ou repeti-lo até que sinta que o tique foi feito «corretamente».

A vulnerabilidade para desenvolver condições concomitantes altera-se à medida que o indivíduo passa a idade de risco para várias condições concomitantes. Por exemplo, crianças pré-púberes com perturbações de tiques têm maior probabilidade de apresentar perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA), perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e perturbação de ansiedade de separação do que os adolescentes e os adultos, que têm maior probabilidade de sofrer de perturbação depressiva major, perturbação de uso de substâncias ou perturbação bipolar.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os tiques são agravados pela ansiedade, excitação e exaustão, e melhoram durante atividades calmas e focalizadas. Os indivíduos podem ter menos tiques quando estão envolvidos em trabalhos escolares ou tarefas no trabalho do que quando estão a relaxar em casa depois da escola ou à noite. Os eventos stressantes/excitantes (por exemplo, realizar um teste, participar em atividades excitantes) agravam muitas vezes os tiques.

Ambientais. Observar um gesto ou som noutra pessoa pode num indivíduo com uma perturbação de tiques ter como resultado a execução de um gesto ou som semelhante, o que pode ser incorretamente entendido por outros como propositado. Isto pode ser particularmente problemático quando o indivíduo interage com figuras de autoridade (por exemplo, professores, supervisores, polícia).

Genéticos e fisiológicos. Os fatores genéticos e fisiológicos influenciam a expressão sintomática e a gravidade dos tiques. Foram identificados alelos de risco importantes para a perturbação de Tourette e variantes genéticas raras em famílias com perturbação de tiques. Complicações obstétricas, idade paterna avançada, baixo peso à nascença e tabagismo da mãe durante a gravidez estão associados a maior gravidade de tiques.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As perturbações de tiques não parecem variar nas características clínicas, curso ou etiologia com a raça, etnia e cultura. No entanto, a raça, etnia e cultura podem ter impacte na forma como as perturbações de tiques são percecionadas e geridas na família e na comunidade, assim como influenciar os padrões de procura de ajuda e de escolha de tratamento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionadas com o Género

O sexo masculino é em regra mais afetado do que o feminino, mas não existem diferenças de género no tipo de tiques, idade de início ou curso. As mulheres com perturbações de tiques persistentes podem experienciar sintomas de ansiedade e depressão com maior probabilidade.

Consequências Funcionais das Perturbações de Tiques

Muitos indivíduos com tiques de gravidade ligeira a moderada não experienciam angústia ou défice no funcionamento e podem mesmo não ter consciência dos seus tiques. Os indivíduos com sintomas mais graves têm em geral maior comprometimento da vida diária, mas mesmo os indivíduos com perturbações de tiques moderadas ou mesmo graves podem funcionar bem. A presença de uma condição concomitante, como PHDA ou POC, pode ter um impacte maior no funcionamento. De forma menos comum, os tiques perturbam o funcionamento nas atividades diárias e resultam em isolamento social, conflitos interpessoais, vitimização pelos pares, incapacidade de trabalhar ou ir à escola e menor qualidade de vida. O indivíduo pode também experienciar angústia psicológica substancial. As complicações raras da perturbação de Tourette incluem lesões físicas, tais como lesões oculares (de bater na própria face) e lesões ortopédicas e neurológicas (por exemplo, patologia discal relacionada com movimentos violentos da cabeça e pescoço).

Diagnóstico Diferencial

Movimentos anormais que podem acompanhar outras condições médicas e perturbação de movimentos estereotipados. As *estereotipias motoras* são definidas como movimentos involuntários rítmicos, repetitivos e previsíveis que parecem propositados mas não servem qualquer função adaptativa óbvia ou propósito e param com distração. Os exemplos incluem agitar/rodar repetitivamente a mão, agitar os braços, mexer os dedos. As estereotipias motoras podem ser diferenciadas dos tiques uma vez que nas primeiras existe uma idade de início mais jovem (menos de 3 anos de idade), duração prolongada (segundos a minutos), forma e localização constante, repetitiva e fixa, exacerbação com envolvimento em atividades, ausência de ânsia premonitória e cessação com distração (por exemplo, tocar ou chamar pelo nome). A *coreia* representa ações rápidas, aleatórias, contínuas, abruptas, irregulares, imprevisíveis, não estereotipadas, que são habitualmente bilaterais e afetam todas as partes do corpo (isto é, face, tronco e membros). A temporização, direção e distribuição dos movimentos varia de momento para momento e os movimentos habitualmente agravam-se durante as ações voluntárias tentadas. A *distonia* é a contractura simultânea e sustentada de músculos agonistas e antagonistas, resultando numa postura distorcida ou movimento de partes do corpo. As posturas distónicas são frequentemente desencadeadas por tentativas de movimentos voluntários e não são vistas durante o sono.

Discinesias induzidas por substâncias e paroxísticas. As discinesias paroxísticas ocorrem em regra como movimentos distónicos ou coreoatetósicos que são precipitados por movimento voluntário ou esforço e de forma menos comum surgem de uma atividade normal de base.

Mioclonias. As mioclonias são caracterizadas por um movimento súbito unidirecional que é muitas vezes não rítmico. Podem ser agravadas pelo movimento e ocorrer durante o sono. As mioclonias diferenciam-se dos tiques pela sua rapidez, ausência de supressão e de ânsia premonitória.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. Pode ser difícil diferenciar os comportamentos obsessivo-compulsivos dos tiques. As pistas que favorecem o comportamento obsessivo-compulsivo incluem o impulso baseado na cognição (por exemplo, medo de contaminação) e a necessidade de desempenhar a ação de modo particular um certo número de vezes, de forma igual em ambos os lados do corpo ou até um sentimento de «está correto» ser atingido. Os problemas de controlo do impulso e outros comportamentos repetitivos,

incluindo arranque de cabelo persistente, escoriação da pele e roer as unhas, parecem mais direcionados ao objetivo e complexos do que os tiques.

Comorbilidades

Muitas condições médicas e psiquiátricas foram descritas como concomitantes de perturbações de tiques, sendo particularmente comuns a PHDA e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e perturbações relacionadas. Os sintomas obsessivo-compulsivos observados nas perturbações de tiques tendem a ser caracterizados por sintomas de simetria e ordem mais agressivos e resposta mais fraca à farmacoterapia com inibidores seletivos da recaptação da serotonina. As crianças com PHDA podem mostrar comportamento disruptivo, imaturidade social e dificuldades de aprendizagem que podem interferir com o progresso académico e relações interpessoais, levando a um maior comprometimento do que o causado por uma perturbação de tiques. Os indivíduos com perturbações de tiques podem também ter outras perturbações do movimento e outras perturbações mentais como perturbações depressivas, bipolares ou de uso de substâncias.

Perturbação de Tiques com Outra Especificação

307.20 (F95.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação de tiques, que causa angústia clinicamente significativa ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não preenchem os critérios completos para uma perturbação de tiques ou qualquer uma das perturbações na classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria perturbação de tiques com outra especificação é usada em situações nas quais o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para uma perturbação de tiques ou qualquer perturbação do neurodesenvolvimento específica. Isto é efetuado pelo registo de «perturbação de tiques com outra especificação» seguida da razão específica (por exemplo, «com início após os 18 anos»).

Perturbação de Tiques Não Especificada

307.20 (F95.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação de tiques, que causa angústia clinicamente significativa ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não preenchem os critérios completos para uma perturbação de tiques ou qualquer uma das perturbações na classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria perturbação de tiques não especificada é usada em situações nas quais o clínico escolhe *não* especificar a razão pela qual não são preenchidos os critérios para uma perturbação de tiques ou para uma perturbação do neurodesenvolvimento específica. Inclui apresentações nas quais não existe informação clínica suficiente para efetuar um diagnóstico mais específico.

Outras Perturbações do Neurodesenvolvimento

Perturbação do Neurodesenvolvimento com Outra Especificação

315.8 (F88)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação do neurodesenvolvimento, que causa défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não preenchem os critérios completos para qualquer uma das perturbações na classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria perturbação do neurodesenvolvimento com outra especificação é usada em situações nas quais o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para qualquer perturbação do neurodesenvolvimento específica. Isto é efetuado pelo registo de «perturbação do neurodesenvolvimento com outra especificação» seguida da razão específica (por exemplo, «perturbação do neurodesenvolvimento associada à exposição pré-natal ao álcool»).

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando a designação «com outra especificação» é a seguinte:

Perturbação do neurodesenvolvimento associada à exposição pré-natal ao álcool. A perturbação do neurodesenvolvimento associada à exposição pré-natal ao álcool é caracterizada por uma variedade de incapacidades no desenvolvimento após a exposição ao álcool *in utero*.

Perturbação do Neurodesenvolvimento Não Especificada

315.9 (F89)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação do neurodesenvolvimento que causa défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, predominam mas não preenchem os critérios completos para qualquer uma das perturbações na classe diagnóstica das perturbações do neurodesenvolvimento. A categoria outra perturbação do neurodesenvolvimento não especificada é usada em situações nas quais o clínico escolhe *não* especificar a razão pela qual não são preenchidos os critérios para uma perturbação do neurodesenvolvimento específica. Inclui apresentações nas quais não existe informação suficiente para efetuar um diagnóstico mais específico (por exemplo, em contexto de serviço de urgência).

Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas

As perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas incluem a esquizofrenia, outras perturbações psicóticas e a perturbação esquizotípica (da personalidade). Estas são definidas por anomalias em um ou mais dos seguintes 5 domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Características-Chave Que Definem as Perturbações Psicóticas

Delírios

Os *delírios* são crenças fixas que não são passíveis de mudar à luz de evidência oposta. O seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (por exemplo, persecutório, de referência, somático, religioso, de grandiosidade). Os *delírios persecutórios* (por exemplo, a crença de que alguém vai ser prejudicado, incomodado, etc., por um indivíduo, organização ou outro grupo) são os mais comuns. Os *delírios de referência* (por exemplo, a crença de que certos gestos, comentários, estímulos do ambiente, entre outros, são dirigidos ao próprio) também são comuns. Os *delírios de grandiosidade* (por exemplo, quando um indivíduo acredita que ele ou ela tem habilidades excecionais, fortuna ou fama) e *delírios erotomaníacos* (por exemplo, quando um indivíduo acredita falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele ou ela) também são vistos. *Delírios niilísticos* envolvem a convicção de que uma grande catástrofe vai ocorrer e *delírios somáticos* focam-se em preocupações relacionadas com a saúde e as funções orgânicas.

Os delírios são considerados *bizarros* quando são claramente implausíveis e incompreensíveis entre pares da mesma cultura e não derivam de experiências comuns de vida. Um exemplo de um delírio bizarro é a crença de que uma força exterior removeu os seus órgãos internos e os substituiu pelos de outrem sem deixar nenhum ferimento ou cicatriz. Um exemplo de um delírio não bizarro é a crença de que alguém está sob a vigilância da polícia, apesar da ausência de evidências convincentes. Os delírios que expressam uma falta de controlo sobre a mente ou o corpo são habitualmente considerados bizarros; estes incluem a crença de que os pensamentos de alguém foram «removidos» por alguma força exterior (*roubo de pensamento*), que pensamentos estranhos ao próprio foram colocados na sua mente (*inserção de pensamento*) ou que as ações ou o corpo de um indivíduo estão a agir ou a ser manipulados por alguma força exterior (*delírio de controlo*). A distinção entre um delírio e uma ideia hipervalorizada é por vezes difícil de fazer e depende em parte do grau de convicção com que a crença é defendida, apesar das claras e razoáveis evidências contraditórias relativas à sua veracidade.

Alucinações

Alucinações são experiências de tipo percetivo que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e impacte das perceções normais, e não estão sob controlo voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais comuns na esquizofrenia e nas perturbações relacionadas. As alucinações auditivas são, por regra, experienciadas como vozes, familiares ou não, que são percebidas como distintas do pensamento do próprio indivíduo. As alucinações devem ocorrer no contexto do estado vígil; as que ocorrem ao adormecer (*hipnagógicas*) ou ao acordar (*hipnopômpicas*) são consideradas dentro do âmbito de uma experiência normal. As alucinações podem ser uma parte normal de uma experiência religiosa em certos contextos culturais.

Pensamento (Discurso) Desorganizado

O *pensamento desorganizado* (*perturbação formal do pensamento*) é tipicamente inferido a partir do discurso de um indivíduo. O indivíduo pode mudar de um assunto para outro (*descarrilamento* ou *afrouxamento de associações*). As respostas podem estar obliquamente relacionadas ou completamente não relacionadas com as perguntas (*tangencialidade*). Raramente, o discurso pode estar desorganizado de forma tão grave que se torne quase incompreensível e faça lembrar a desorganização da linguagem de uma afasia recetiva (*incoerência* ou «salada de palavras»). Como a desorganização ligeira do discurso é comum e inespecífica, o sintoma tem de ser grave o suficiente para afetar substancialmente uma comunicação eficaz. A gravidade da alteração pode ser difícil de avaliar se a pessoa que faz o diagnóstico provém de um meio linguístico diferente do da pessoa examinada. Um pensamento ou discurso desorganizado menos grave pode ocorrer durante os períodos prodrómicos ou residuais da esquizofrenia.

Comportamento Motor Anormal ou Grosseiramente Desorganizado (Incluindo Catatonia)

O *comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado* pode manifestar-se de diversas formas, que vão desde a «estupidez» infantil à agitação imprevisível. Podem notar-se problemas em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização de atividades de vida diária.

O *comportamento catatónico* é uma diminuição marcada da reatividade ao ambiente. Pode ir desde a resistência a instruções (*negativismo*), manutenção de postura rígida, imprópria ou bizarra, até à completa ausência de resposta verbal ou motora (*mutismo* e *estupor*). Pode ainda incluir atividade motora excessiva e sem objetivo sem causa óbvia (*excitação catatónica*). Outras características são os movimentos repetidos estereotipados, o olhar fixo, o fazer caretas e o eco do discurso. Apesar de a catatonia estar historicamente associada à esquizofrenia, os sintomas catatónicos são inespecíficos e podem ocorrer noutras perturbações mentais (por exemplo, perturbações depressivas ou bipolares com catatonia) e noutras condições médicas (perturbação catatónica devida a outra condição médica).

Sintomas Negativos

Os *sintomas negativos* são responsáveis por uma porção substancial da morbilidade associada à esquizofrenia, mas são menos proeminentes noutras perturbações psicóticas. Dois sintomas negativos são particularmente proeminentes na esquizofrenia: a diminuição da expressão emocional e a avolição. A *diminuição da expressão emocional* inclui reduções na expressão

de emoções faciais, no contacto ocular, na entoação do discurso (prosódia) e nos movimentos das mãos, cabeça e face que normalmente dão ênfase emocional ao discurso. A *avolição* é a diminuição de atividades com objetivo e motivação por iniciativa do próprio. O indivíduo pode sentar-se por longos períodos de tempo e mostrar pouco interesse em participar num trabalho ou em atividades sociais. Outros sintomas negativos incluem alogia, anedonia e isolamento social. A *alogia* manifesta-se por uma diminuição do débito do discurso. A *anedonia* é a diminuição da capacidade de sentir prazer a partir de estímulos positivos ou a degradação da recordação de prazeres previamente experienciados. O *isolamento social* refere-se a uma aparente falta de interesse nas interações sociais e pode estar associado a avolição, mas também pode ser manifestação de uma limitação nas oportunidades para interações sociais.

Perturbações Neste Capítulo

Este capítulo está organizado de acordo com um gradiente de psicopatologia. Os clínicos devem, em primeiro lugar, considerar as condições que não cumpram todos os critérios para uma perturbação psicótica ou que estejam limitadas a um domínio da psicopatologia. Depois disso devem considerar as condições limitadas no tempo. Por fim, o diagnóstico de uma perturbação do espectro da esquizofrenia requer a exclusão de outra condição que possa originar psicose.

A perturbação esquizotípica da personalidade é incluída neste capítulo, dado que é considerada parte do espectro da esquizofrenia, apesar de a sua descrição completa se poder encontrar no capítulo «Perturbações da Personalidade». O diagnóstico de perturbação esquizotípica da personalidade prevê um padrão invasivo de défices sociais e interpessoais, incluindo uma reduzida capacidade para relacionamentos próximos, distorções cognitivas e percetivas; e excentricidades do comportamento, manifestando-se habitualmente no início da idade adulta, embora, nalguns casos, se possa tornar evidente na infância ou adolescência. Nesta condição, as anomalias das crenças, do pensamento e da perceção estão abaixo do limiar para o diagnóstico de uma perturbação psicótica.

Duas condições são definidas por anomalias limitadas a um domínio da psicose: delírios ou catatonia. A perturbação delirante é caracterizada por pelo menos 1 mês de delírios sem outros sintomas psicóticos. A catatonia é descrita posteriormente neste capítulo e ainda nesta discussão.

A perturbação psicótica breve dura mais do que 1 dia e remite ao fim de 1 mês. A perturbação esquizofreniforme é caracterizada por uma apresentação sintomática equivalente à da esquizofrenia, exceto pela sua duração (inferior a 6 meses) e por não requerer uma diminuição no funcionamento.

A esquizofrenia dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 1 mês de sintomas em fase ativa. Na perturbação esquizoafetiva, um episódio de humor e os sintomas de fase ativa da esquizofrenia ocorrem em conjunto e foram precedidos ou seguidos por pelo menos 2 semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes do humor.

As perturbações psicóticas podem ser induzidas por outras condições. Nas perturbações psicóticas induzidas por substância/medicamento, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica de uma droga de abuso, de uma medicação ou da exposição a uma toxina e cessam depois da remoção do agente causador. Na perturbação psicótica devido a outra condição médica, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

A catatonia pode ocorrer em várias perturbações, incluindo as do neurodesenvolvimento, psicóticas, bipolares, depressivas e outras perturbações mentais. Este capítulo inclui também o diagnóstico de catatonia associada a outras perturbações mentais (especificador catatonia), perturbação catatónica devida a outra condição médica e catatonia não especificada, e os critérios de diagnóstico para estas três condições são descritos em conjunto.

As perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação e não especificada e outras perturbações psicóticas são incluídas para classificar as apresentações psicóticas que não cumprem critérios para nenhuma das perturbações psicóticas específicas ou a sintomatologia psicótica sobre a qual há informação inadequada ou contraditória.

Sintomas e Fenómenos Clínicos Relacionados na Psicose Avaliados pelo Clínico

As perturbações psicóticas são heterogéneas e a gravidade dos sintomas pode predizer aspetos importantes da doença, tais como o grau de défice cognitivo ou neurobiológico. Para avançar neste domínio, foi incluída uma estrutura pormenorizada de avaliação da gravidade na Secção III «Medidas de Avaliação», a qual poderá ajudar no planeamento do tratamento, na determinação do prognóstico e na investigação sobre os mecanismos fisiopatológicos. A Secção III «Medidas de Avaliação» contém, igualmente, avaliações dimensionais dos sintomas primários da psicose, incluindo alucinações, delírios, discurso desorganizado (exceto para perturbação psicótica induzida por substância/medicamento e perturbação psicótica devida a outra condição médica), comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos, bem como avaliações dimensionais de depressão e mania. A gravidade dos sintomas do humor na psicose tem valor prognóstico e orienta o tratamento. Existe evidência crescente de que a perturbação esquizoafetiva não é uma categoria nosológica distinta. Assim, avaliações dimensionais de depressão e mania para todas as perturbações psicóticas alertam os clínicos para a necessidade de tratar a patologia do humor, sempre que apropriado. A escala da Secção III inclui também uma avaliação do défice cognitivo. Muitos indivíduos com perturbações psicóticas têm défices na área dos domínios cognitivos que predizem o estado funcional. Uma avaliação clínica neuropsicológica pode ajudar a orientar o diagnóstico e o tratamento, mas avaliações breves sem avaliação neuropsicológica formal poderão fornecer informação útil que pode ser suficiente para efeitos de diagnóstico. Uma avaliação neuropsicológica formal, quando efetuada, deve ser administrada e pontuada por pessoal treinado na utilização dos instrumentos de teste. Se uma avaliação neuropsicológica formal não for efetuada, o clínico deve usar a melhor informação disponível para formar uma opinião. É necessária mais investigação neste tipo de avaliações com vista a determinar a sua utilidade clínica; assim, as avaliações disponíveis na Secção III devem servir como protótipo para estimular essa investigação.

Perturbação Esquizotípica (da Personalidade)

Os critérios e o texto para perturbação esquizotípica da personalidade podem ser encontrados no capítulo «Perturbações da Personalidade». Como esta perturbação é considerada parte do espectro da esquizofrenia e é nomeada como perturbação esquizotípica nessa secção da ICD-9 e da ICD-10, está incluída neste capítulo e discutida em detalhe no capítulo «Perturbações da Personalidade» do DSM-5.

Perturbação Delirante

Critérios de Diagnóstico 297.1 (F22)

A. A presença de um (ou mais) delírios com a duração de 1 mês ou mais.

B. O Critério A para esquizofrenia nunca foi preenchido.

Nota. As alucinações, se presentes, não são proeminentes e estão relacionadas com o tema delirante (por exemplo, a sensação de estar infestado por insetos associada ao delírio de infestação).

C. Para além do impacte do(s) delírio(s) ou das suas ramificações, o funcionamento não é marcadamente prejudicado e o comportamento não é obviamente bizarro ou estranho.

D. Se tiverem ocorrido episódios maníacos ou depressivos, estes foram breves relativamente à duração dos períodos delirantes.

E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica e não é mais bem explicada por outra perturbação mental, como a perturbação dismórfica corporal ou a perturbação obsessivo-compulsiva.

Especificar se:

Tipo erotomaníaco. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo.

Tipo grandiosidade. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é a convicção de possuir um grande (mas não reconhecido) talento ou perspicácia ou de ter feito uma descoberta importante.

Tipo ciúme. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio do indivíduo é o de que o seu cônjuge ou parceiro lhe é infiel.

Tipo persecutório. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve a crença do indivíduo de que é objeto de conspiração, engano, espionagem, perseguição, envenenamento ou de ser drogado, calúnia maliciosa, assédio ou obstrução na concretização de objetivos a longo prazo.

Tipo somático. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve funções corporais ou sensações.

Tipo misto. Este subtipo aplica-se quando não predomina qualquer um dos temas delirantes.

Tipo não especificado. Este subtipo aplica-se quando a crença delirante dominante não pode ser claramente determinada ou não está descrita nos tipos específicos (por exemplo, delírio de referência sem componente persecutória ou de grandiosidade proeminente).

Especificar se:

Com conteúdo bizarro. Os delírios são considerados bizarros se forem claramente implausíveis, não compreensíveis e não derivarem de experiências de vida comuns (por exemplo, a crença de que alguém lhe removeu os seus órgãos internos e os substituiu pelos de outrem sem deixar qualquer ferida ou cicatriz).

Especificar se:

Os seguintes especificadores de curso só devem ser usados depois de a duração da perturbação ser superior a um ano:

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo. A primeira manifestação da perturbação preenche os critérios de diagnóstico de sintomas e de duração. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que os critérios de diagnóstico são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial. A *remissão parcial* é um período de tempo durante o qual há uma melhoria que se mantém após o episódio prévio e em que os critérios de diagnóstico são apenas parcialmente preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa. A *remissão completa* é um período de tempo após o último episódio durante o qual não estão presentes sintomas específicos da perturbação.

Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo.

Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial.

Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa.

Contínuo. Os sintomas que preenchem os critérios de diagnóstico da perturbação persistem durante a maior parte do curso da doença, com períodos muito breves de sintomas abaixo do limiar de diagnóstico relativamente ao curso global da doença.

Não especificado.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)

Nota. O diagnóstico de perturbação delirante pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Subtipos

No *tipo erotomaníaco*, o tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo. A pessoa sobre quem é tida esta convicção provém habitualmente de uma classe social superior (por exemplo, uma pessoa famosa ou um superior hierárquico no trabalho), mas pode ser uma pessoa completamente estranha. São comuns os esforços no sentido de contactar o objeto do delírio. No *tipo grandiosidade*, o tema central do delírio é a convicção de ter um grande talento ou perspicácia ou ter feito uma descoberta importante. Menos comummente, o indivíduo pode ter o delírio de ter uma relação especial com uma pessoa de relevo ou de que é uma pessoa importante (sendo que, em tal caso, o indivíduo real é visto como um impostor). Os delírios de grandiosidade podem ter um conteúdo religioso. No *tipo ciúme*, o tema central do delírio é o da infidelidade do parceiro. Esta crença forma-se sem justificação, baseando-se em inferências incorretas apoiadas por pequenas «provas» (por exemplo, roupa amarrotada). O indivíduo com este delírio habitualmente confronta o cônjuge ou parceiro e tenta intervir na infidelidade imaginada. No *tipo persecutório*, o tema central do delírio envolve a crença do indivíduo de ser objeto de conspiração, engano, espionagem, perseguição, envenenamento ou de ser drogado, calúnia maliciosa, assédio ou obstrução na concretização de objetivos a longo prazo. Situações irrelevantes podem ser exageradas e tornar-se o ponto central de um sistema delirante. O indivíduo afetado pode empenhar-se em tentativas repetidas para obter reparações através de ações legais ou judiciais. Indivíduos com delírios persecutórios são muitas vezes ressentidos e zangados, podendo recorrer a violência contra aqueles que julgam estar a prejudicá-los. No *tipo somático*, o tema central do delírio envolve funções corporais e sensações. Os delírios somáticos podem ocorrer de diversas formas. As mais comuns são as crenças de que um indivíduo emite um cheiro desagradável; de que há uma infestação de insetos sobre ou sob a sua pele; de que há um parasita interno; de que certas partes do seu corpo estão deformadas ou são feias; ou de que partes do seu corpo não funcionam.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação delirante é a presença de um ou mais delírios que persistem durante pelo menos 1 mês (Critério A). O diagnóstico de perturbação delirante não é atribuído se, em algum momento, o indivíduo teve uma apresentação sintomática que preencha o Critério A para esquizofrenia (Critério B). Para além do impacte direto dos delírios, os défices no funcionamento psicossocial podem ser mais circunscritos do que os observados noutras perturbações psicóticas como a esquizofrenia, e o comportamento não é obviamente bizarro ou estranho (Critério C). Se ocorrerem episódios do humor em simultâneo com os delírios, a duração destes episódios é breve em relação à duração total dos períodos delirantes (Critério D). Os delírios não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou a outra condição médica (por exemplo, doença de Alzheimer) e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, tal como a perturbação dismórfica corporal ou a perturbação obsessivo-compulsiva (Critério E).

Para além dos 5 domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Problemas sociais, conjugais e ocupacionais podem resultar de crenças delirantes da perturbação delirante. Indivíduos com perturbação delirante podem ser capazes de descrever factualmente que os outros consideram as suas crenças como irracionais, mas não o conseguem aceitar (por exemplo, pode haver um «*insight* factual», mas não um *insight* verdadeiro). Muito indivíduos desenvolvem humor irritável ou disfórico que habitualmente pode ser compreendido como uma reação às suas crenças delirantes. A raiva e o comportamento violento podem ocorrer nos tipos persecutório, ciúme e erotomaníaco. Um indivíduo pode envolver-se em comportamentos litigiosos ou hostis (por exemplo, enviar centenas de cartas de protesto ao governo). Podem surgir complicações legais, em particular nos tipos ciúme e erotomaníaco.

Prevalência

A prevalência da perturbação delirante ao longo da vida tem sido calculada em cerca de 0,2%, sendo o tipo mais frequente o persecutório. A perturbação delirante, tipo ciúme, é provavelmente mais comum no sexo masculino do que no feminino, mas não há grandes diferenças de género na frequência global da perturbação delirante.

Desenvolvimento e Curso

Em média, o funcionamento global é habitualmente melhor do que o observado na esquizofrenia. Apesar de, em geral, o diagnóstico ser estável, uma parte dos indivíduos acaba por desenvolver esquizofrenia. A perturbação delirante tem uma significativa relação familiar quer com a esquizofrenia quer com a perturbação esquizotípica da personalidade. Apesar de poder ocorrer em grupos etários mais jovens, esta condição pode ser mais prevalecente em indivíduos mais velhos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Na avaliação da possível presença de uma perturbação delirante, os antecedentes culturais e religiosos de um indivíduo devem ser tidos em conta. O conteúdo dos delírios também varia consoante o contexto cultural.

Consequências Funcionais da Perturbação Delirante

O comprometimento funcional é, por regra, mais circunscrito do que aquele que se observa noutras perturbações psicóticas, embora, nalguns casos, esse défice possa ser importante e incluir um fraco funcionamento ocupacional e isolamento social. Quando está presente um funcionamento psicossocial pobre, as crenças delirantes desempenham com frequência um papel significativo. Uma característica comum aos indivíduos com perturbação delirante é a aparente normalidade do seu comportamento e aspeto quando não agem de acordo com as suas ideias delirantes ou quando estas não estão a ser discutidas.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas. Se um indivíduo com perturbação obsessivo-compulsiva está plenamente convencido de que as crenças da sua perturbação obsessivo-compulsiva são verdadeiras, então deverá ser dado o diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva, com o especificador *insight* ausente/crenças delirantes, em vez do de perturbação delirante. De forma semelhante, se um indivíduo com perturbação dismórfica corporal estiver completamente convencido de que as crenças da sua perturbação dismórfica corporal são verdadeiras, então deverá ser dado o diagnóstico de perturba ção dismórfica corporal, com o especificador *insight* ausente/crenças delirantes, em vez do diagnóstico de perturbação delirante.

***Delirium*, perturbação neurocognitiva major, perturbação psicótica devida a outra condição médica e perturbação psicótica induzida por substância/medicamento.** Os indivíduos com estas perturbações podem apresentar sintomas sugestivos de perturbação delirante. Por exemplo, delírios persecutórios simples no contexto de perturbação neurocognitiva major seriam diagnosticados como perturbação neurocognitiva major, com distúrbio do comportamento. Uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento poderá ser, numa avaliação transversal, sintomatologicamente idêntica ao distúrbio delirante. Todavia, é possível distingui-las pela relação cronológica do uso de substâncias com o início e remissão das crenças delirantes.

Esquizofrenia e perturbação esquizofreniforme. A perturbação delirante pode ser distinguida da esquizofrenia e da perturbação esquizofreniforme pela ausência de outros sintomas característicos da fase ativa da esquizofrenia.

Perturbações depressivas e bipolares e perturbação esquizoafetiva. Estas perturbações podem ser distinguidas da perturbação delirante pela relação temporal entre os distúrbios do humor e os delírios e pela gravidade dos sintomas do humor. Se os delírios ocorrerem exclusivamente durante os episódios do humor, o diagnóstico é o de uma perturbação depressiva ou bipolar com sintomas psicóticos. Os sintomas do humor que cumpram todos os critérios para um episódio de perturbação do humor podem sobrepor-se aos da perturbação delirante. A perturbação delirante só pode ser diagnosticada se a duração total de todos os episódios do humor for comparativamente mais curta do que a duração total das alterações delirantes. Caso contrário, serão mais apropriados os diagnósticos de perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada e outras perturbações psicóticas acompanhadas por perturbação depressiva com outra especificação, perturbação depressiva não especificada, perturbação bipolar com outra especificação e perturbação relacionada ou perturbação bipolar não especificada e perturbação relacionada.

Perturbação Psicótica Breve

Critérios de Diagnóstico 298.8 (F23)

A. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas. Tem de estar presente pelo menos 1 de (1), (2) ou (3):
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequentes).
   4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico.

   Nota. Não incluir sintomas que sejam uma resposta culturalmente aceite.

B. A duração de um episódio da perturbação é de pelo menos 1 dia, mas menos de 1 mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido.

C. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação depressiva major ou bipolar com características psicóticas ou por outra perturbação psicótica como a esquizofrenia ou catatonia e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com fator(es) de stress marcado(s) (psicose breve reativa). Caso os sintomas ocorram em resposta a acontecimentos que, isoladamente ou em conjunto, sejam marcadamente stressantes para praticamente qualquer outra pessoa em circunstâncias semelhantes e do mesmo meio cultural.

Sem fator(es) de stress marcado(s). Caso os sintomas não ocorram em resposta a acontecimentos que, isoladamente ou em conjunto, sejam marcadamente stressantes para praticamente qualquer outra pessoa em circunstâncias semelhantes e do mesmo meio cultural.

Com início no pós-parto. Caso o início se dê durante a gravidez ou nas 4 semanas após o parto.

Especificar se:

Com catatonia (para definição, conferir os critérios de catatonia associada a outras perturbações mentais, pp. 140-141.

Nota de codificação. Usar o código adicional **293.89 (F06.1)** de catatonia associada a perturbação psicótica breve para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)

Nota. O diagnóstico de perturbação psicótica breve pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação psicótica breve é a alteração que envolve o início súbito de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequentes) ou

comportamento psicomotor grosseiramente anormal, incluindo catatonia (Critério A). *Início súbito* é definido como uma mudança de um estado não psicótico para um estado claramente psicótico no período de 2 semanas, em regra sem pródromo. Um episódio desta perturbação dura pelo menos 1 dia, mas menos de 1 mês, e o indivíduo tem eventualmente um retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido (Critério B). A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas, por uma perturbação esquizoafetiva ou por esquizofrenia, e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, um alucinogénio) ou de outra condição médica (por exemplo, hematoma subdural) (Critério C).

Para além dos 5 domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Tipicamente, os indivíduos com perturbação psicótica breve experimentam uma marcada confusão ou agitação emocional. Podem apresentar mudanças rápidas de um sentimento intenso para outro. Apesar de o distúrbio ser breve, o nível de disfunção pode ser grave, podendo ser necessária supervisão a fim de assegurar que as necessidade nutricionais e de higiene são satisfeitas e que o indivíduo é protegido das consequências de um juízo crítico pobre, do compromisso cognitivo ou de uma atuação baseada nos delírios. Parece haver um risco aumentado de comportamento suicidário, particularmente durante o episódio agudo.

Prevalência

Nos EUA, a perturbação psicótica breve pode se responsável por até 9% dos casos de primeiro episódio psicótico. As perturbações psicóticas que cumprem os Critérios A e C, mas não o Critério B, para perturbação psicótica breve (ou seja, a duração de sintomas ativos é de 1-6 meses por oposição à remissão no período de 1 mês) são mais comuns nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos. A perturbação psicótica breve é duas vezes mais comum no sexo feminino do que no masculino.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação psicótica breve pode surgir na adolescência ou no início da idade adulta, embora o início possa acontecer em qualquer altura da vida, tendo uma idade média de início no meio da terceira década de vida. Por definição, o diagnóstico de perturbação psicótica breve requer a remissão completa de todos os sintomas e um eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido no período de 1 mês após o início da perturbação. Em alguns indivíduos, a duração dos sintomas psicóticos pode ser muito breve (por exemplo, alguns dias).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os traços e perturbações da personalidade preexistentes (por exemplo, perturbação esquizotípica da personalidade; perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade; ou traços no domínio do psicoticismo, como uma desregulação da perceção, e no domínio da afetividade negativa, como a desconfiança) podem predispor o indivíduo para o desenvolvimento desta perturbação.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

É importante distinguir os sintomas de perturbação psicótica breve dos padrões de resposta culturalmente aceites. Por exemplo, em algumas cerimónias religiosas, o indivíduo pode referir ouvir vozes, mas estas, por regra, não persistem nem são entendidas como anormais pela maioria dos membros da comunidade a que o indivíduo pertence. Adicionalmente, os contextos cultural e religioso devem ser tidos em conta quando se considera que as crenças são delirantes.

Consequências Funcionais da Perturbação Psicótica Breve

Apesar das elevados taxas de recaída, para a maioria dos indivíduos, o desfecho é excelente em termos de funcionamento social e de sintomatologia.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Uma diversidade de condições médicas pode manifestar-se com sintomas psicóticos de curta duração. A perturbação psicótica devida a outra condição médica ou a *delirium* é diagnosticada quando existe evidência da história clínica, exame físico ou testes laboratoriais de que os delírios ou alucinações são uma consequência fisiológica direta de uma condição médica específica (por exemplo, síndrome de Cushing, tumor cerebral) (ver «Perturbação Psicótica Devida a Outra Condição Médica» adiante neste capítulo).

Perturbações relacionadas com substâncias. Perturbações psicóticas induzidas por substância/medicamento, *delirium* induzido por substância e intoxicação por substância são distinguidos da perturbação psicótica breve pelo facto de a substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, a exposição a uma toxina) se considerar estar etiologicamente relacionada com os sintomas psicóticos (ver «Perturbação Psicótica Induzida por Substância/ /Medicamento» adiante neste capítulo). Testes laboratoriais, como a pesquisa de drogas na urina ou o nível de álcool no sangue, podem ser úteis nesta distinção, tal como uma colheita cuidadosa de história de uso de substâncias com atenção às relações temporais entre o consumo da substância e o início dos sintomas, bem como à natureza da substância usada.

Perturbações depressivas e bipolares. O diagnóstico de perturbação psicótica breve não pode ser feito se os sintomas psicóticos forem mais bem explicados por um episódio do humor (ou seja, os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante um episódio depressivo major, maníaco ou misto completo).

Outras perturbações psicóticas. Se os sintomas psicóticos persistirem por 1 mês ou mais, o diagnóstico será perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, perturbação depressiva com características psicóticas, perturbação bipolar com características psicóticas ou perturbações o espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou outra perturbação psicótica, dependendo de outros sintomas de apresentação. O diagnóstico diferencial entre perturbação psicótica breve e perturbação esquizofreniforme é difícil quando os sintomas psicóticos remitem em menos de 1 mês em resposta a um tratamento bem-sucedido com medicação. Deverá ser dada uma atenção cuidada à possibilidade de uma perturbação recorrente (por exemplo, perturbação bipolar, exacerbações agudas recorrentes de esquizofrenia) poder ser responsável por qualquer episódio psicótico recorrente.

Simulação e perturbação factícia. Um episódio de perturbação factícia, com predomínio de sinais e sintomas psicológicos, pode ter a aparência de uma perturbação psicótica breve,

mas nesse caso há evidência de que os sintomas são produzidos intencionalmente. Quando a simulação envolve sintomas aparentemente psicóticos, existe em regra evidência de que a doença está a ser fingida com vista a atingir um objetivo compreensível.

Perturbações da personalidade. Em certos indivíduos com perturbações da personalidade, fatores de stress psicossociais podem precipitar períodos breves de sintomas psicóticos. Estes sintomas são em regra transitórios e fundamentam um diagnóstico separado. Caso os sintomas psicóticos persistam durante pelo menos 1 dia, poderá ser apropriado um diagnóstico adicional de perturbação psicótica breve.

Perturbação Esquizofreniforme

Critérios de Diagnóstico **295.40 (F20.81)**

A. Presença de dois (ou mais) dos seguintes sintomas, cada um por uma porção de tempo significativa durante um período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos 1 destes deverá ser (1), (2) ou (3):
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequentes).
   4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico.
   5. Sintomas negativos (por exemplo, diminuição da expressão emocional ou avolição).

B. Um episódio desta perturbação dura pelo menos 1 mês, mas menos de 6 meses. Quando o diagnóstico tiver de ser feito sem se esperar pela recuperação, deve ser qualificado como «provisório».

C. A perturbação esquizoafetiva e as perturbações depressiva ou bipolar com características psicóticas foram excluídas porque ou: 1) os episódios depressivos major ou maníacos não ocorreram simultaneamente com os sintomas de fase ativa, ou 2) caso os episódios do humor tenham ocorrido durante os sintomas de fase ativa, estes estiveram presentes durante uma pequena parte da duração total dos períodos de doença ativa e residual.

D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com características de bom prognóstico. Este especificador requer a presença de pelo menos 2 das seguintes características: início de sintomas psicóticos proeminentes num período de 4 semanas após a primeira alteração notória do comportamento ou do funcionamento habituais; confusão ou perplexidade; bom funcionamento social e ocupacional pré-mórbido; e ausência de afeto embotado ou aplanado.

Sem características de bom prognóstico. Este especificador aplica-se se não estiverem presentes 2 ou mais das características acima descritas.

Especificar se:

Com catatonia (para definição, conferir os critérios de catatonia associada a outras perturbações mentais, pp. 140-141.

Nota de codificação. Usar o código adicional **293.89 (F06.1)** de catatonia associada a perturbação esquizofreniforme para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especificar a gravidade atual:
A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)
Nota. O diagnóstico de perturbação esquizofreniforme pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Nota. Para informação adicional sobre Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico, Desenvolvimento e Curso (fatores relacionados com a idade), Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura, Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género, Diagnóstico Diferencial e Comorbilidades, ver as secções correspondentes na esquizofrenia.

Características de Diagnóstico

Os sintomas característicos da perturbação esquizofreniforme são idênticos aos da esquizofrenia (Critério A). A perturbação esquizofreniforme distingue-se pelas suas diferenças na duração: a duração total da doença, incluindo as fases prodrómica, ativa e residual, é de pelo menos 1 mês, mas menos de 6 meses (Critério B). A duração requerida para perturbação esquizofreniforme é intermédia entre a da perturbação psicótica breve, que dura mais de 1 dia e remite em 1 mês, e a da esquizofrenia, que dura pelo menos 6 meses. O diagnóstico de perturbação esquizofreniforme é feito sob duas condições: 1) quando o episódio da doença dura entre 1 e 6 meses e o doente já recuperou, e 2) quando um indivíduo está sintomático por menos do que os 6 meses necessários para o diagnóstico de esquizofrenia, mas ainda não recuperou. Neste caso, o diagnóstico deve ser anotado como «perturbação esquizofreniforme (provisória)» porque é incerto se o indivíduo vai recuperar do distúrbio dentro do período de 6 meses. Se o distúrbio persistir para além de 6 meses, o diagnóstico deve ser alterado para esquizofrenia.

Outra característica distintiva de perturbação esquizofreniforme é a inexistência de um critério que requeira compromisso dos funcionamentos social e ocupacional. Embora tais compromissos possam potencialmente estar presentes, eles não são necessários para o diagnóstico de perturbação esquizofreniforme.

Para além dos 5 domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Tal como na esquizofrenia, não existem atualmente testes laboratoriais ou psicométricos para a perturbação esquizofreniforme. As investigações neuroimagiológica, neuropatológica e neurofisiológica têm indicado anomalias em múltiplas regiões cerebrais, mas nenhuma é diagnóstica.

Prevalência

A incidência da perturbação esquizofreniforme nos diversos contextos socioculturais é semelhante à que se observa na esquizofrenia. Nos EUA e noutros países desenvolvidos,

a incidência é baixa, possivelmente cinco vezes menor do que a da esquizofrenia. Nos países em desenvolvimento, a incidência poderá ser maior, em especial para o especificador «com características de bom prognóstico»; em alguns destes contextos, a perturbação esquizofreniforme poderá ser tão comum como a esquizofrenia.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento da perturbação esquizofreniforme é semelhante ao da esquizofrenia. Cerca de um terço dos indivíduos com um diagnóstico inicial de perturbação esquizofreniforme (provisória) recupera num período de 6 meses, sendo a perturbação esquizofreniforme o seu diagnóstico final. Dos restantes dois terços de indivíduos, a maioria receberá eventualmente o diagnóstico de esquizofrenia ou de perturbação esquizoafetiva.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Os familiares de indivíduos com perturbação esquizofreniforme têm um risco aumentado para esquizofrenia.

Consequências Funcionais da Perturbação Esquizofreniforme

Para a maioria dos indivíduos com perturbação esquizofreniforme que eventualmente recebe o diagnóstico de esquizofrenia ou de perturbação esquizoafetiva, as consequências funcionais são semelhantes às das dessas perturbações. A maioria dos indivíduos experimenta uma disfunção em várias áreas do funcionamento diário, tais como a escola ou o trabalho, as relações interpessoais e o autocuidado. Indivíduos que recuperam de uma perturbação esquizofreniforme têm um melhor prognóstico funcional.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais e condições médicas. Uma ampla variedade de condições mentais e médicas pode manifestar-se com sintomas psicóticos, pelo que devem ser considerados no diagnóstico diferencial de perturbação esquizofreniforme. Este inclui a perturbação psicótica devida a outra condição médica ou ao seu tratamento; *delirium* ou perturbação neurocognitiva major; perturbação psicótica induzida por substância/medicamento ou *delirium*; perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas; perturbação esquizoafetiva; perturbações bipolares com outra especificação ou não especificadas e perturbações relacionadas; perturbação depressiva ou bipolar com características catatónicas; esquizofrenia; perturbação psicótica breve; perturbação delirante; perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada e outras perturbações psicóticas; perturbações esquizotípica, esquizoide ou paranoide da personalidade; perturbação do espectro do autismo; perturbações que se apresentam na infância com discurso desorganizado; perturbação de hiperatividade/défice de atenção; perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação de stress pós-traumático; e lesão cerebral traumática.

Dado que os critérios para perturbação esquizofreniforme e esquizofrenia diferem primariamente na duração da doença, a discussão do diagnóstico diferencial de esquizofrenia também se aplica à perturbação esquizofreniforme.

Perturbação psicótica breve. A perturbação esquizofreniforme difere da perturbação psicótica breve na duração, a qual tem uma duração inferior a 1 mês.

Esquizofrenia

Critérios de Diagnóstico **295.90 (F20.9)**

A. Presença de dois (ou mais) dos seguintes sintomas, cada um por uma porção de tempo significativa durante um período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos 1 destes deverá ser (1), (2) ou (3):
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequentes).
   4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico.
   5. Sintomas negativos (por exemplo, diminuição da expressão emocional ou avolição).

B. Desde o início da perturbação e por um período de tempo significativo, o nível de funcionamento em uma ou mais das áreas principais, tais como o trabalho, as relações interpessoais ou o autocuidado, está marcadamente abaixo do nível previamente atingido (ou, quando se inicia na infância ou na adolescência, não se atinge o nível esperado de funcionamento interpessoal, académico ou ocupacional).

C. Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses tem de incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que preencham o Critério A (por exemplo, sintomas de fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante estes períodos prodrómicos ou residuais, os sinais da perturbação podem manifestar-se apenas por sintomas negativos ou pela presença, numa forma atenuada, de dois ou mais dos sintomas enumerados no Critério A (por exemplo, crenças estranhas, experiências percetivas pouco habituais).

D. A perturbação esquizoafetiva e as perturbações depressiva ou bipolar com características psicóticas foram excluídas porque ou: 1) os episódios depressivos major ou maníacos não ocorreram simultaneamente com os sintomas de fase ativa, ou 2) caso os episódios do humor tenham ocorrido durante os sintomas de fase ativa, estes estiveram presentes durante uma pequena parte da duração total dos períodos de doença ativa e residual.

E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica.

F. Caso exista história de perturbação do espectro do autismo ou de perturbação da comunicação com início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia só é realizado se, para além dos outros sintomas requeridos para esquizofrenia, também estiverem presentes delírios ou alucinações proeminentes por pelo menos 1 mês (ou menos se tratados com sucesso).

Especificar se:

Os seguintes especificadores de curso só devem ser usados após 1 ano de duração da perturbação e desde que não estejam em desacordo com os critérios de diagnóstico.

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo. Primeira manifestação da perturbação que preenche os critérios de diagnóstico de sintomas e de duração definidos. Um *episódio agudo* é o período de tempo em que os critérios de sintomas são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial. *Remissão parcial* é o período de tempo durante o qual há uma melhoria mantida após um episódio prévio e no qual os critérios que definem a perturbação são apenas parcialmente preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa. *Remissão completa* é o período de tempo posterior ao episódio prévio durante o qual não estão presentes sintomas específicos da perturbação.

Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo. Podem considerar-se episódios múltiplos depois de um mínimo de 2 episódios (ou seja, depois de um primeiro episódio, uma remissão e, no mínimo, uma recaída).

Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial.

Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa.

Contínuo. Os sintomas que preenchem os critérios de diagnóstico para a perturbação persistem durante a maior parte do curso da doença, com períodos muito breves de sintomas abaixo do limiar relativamente ao curso global da perturbação.

Não especificado.

Especificar se:

Com catatonia (para definição, conferir os critérios de catatonia associada a outras perturbações mentais, pp. 140-141.

Nota de codificação. Usar o código adicional **293.89 (F06.1)** de catatonia associada a perturbação esquizofreniforme para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)

Nota. O diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Características de Diagnóstico

Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma variedade de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognomónico da perturbação. O diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associada a défices no funcionamento ocupacional ou social. Indivíduos com esta perturbação variam substancialmente na maioria das características, uma vez que a esquizofrenia é uma síndrome clinicamente heterogénea.

Pelo menos dois dos sintomas do Critério A têm de estar presentes por uma porção de tempo significativa durante um período de 1 mês ou mais. Pelo menos um destes sintomas tem de ser a presença clara de delírios (Critério A1), alucinações (Critério A2) ou discurso desorganizado (Critério A3). Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico (Critério A4) e sintomas negativos (Critério A5) podem também estar presentes. Nas situações em que os sintomas de fase ativa remitem em menos de 1 mês em resposta ao tratamento, o Critério A ainda é preenchido se o clínico considerar que os sintomas teriam persistido na ausência de tratamento.

A esquizofrenia envolve défices em uma ou mais áreas principais do funcionamento (Critério B). Se o distúrbio tem início na infância ou na adolescência, o nível expectável de funcionamento não é atingido. A comparação com familiares não afetados poderá ser útil. A disfunção persiste por um período de tempo substancial durante o curso da perturbação e não parece ser um resultado direto de uma única característica. A avolição (ou seja, iniciativa diminuída para comportamentos dirigidos a objetivos; Critério A5) está relacionada

com a disfunção social descrita no Critério B. Há, também, uma forte evidência de uma relação entre o défice cognitivo (ver a secção «Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico» para esta perturbação) e o défice funcional em indivíduos com esquizofrenia.

Alguns sinais do distúrbio devem persistir por um período contínuo de pelo menos 6 meses (Critério C). Muitas vezes, a fase ativa é precedida por sintomas prodrómicos, podendo ser seguidos de sintomas residuais, que se caracterizam por formas ligeiras ou abaixo do limiar de alucinações ou delírios. Os indivíduos podem expressar uma variedade de crenças pouco habituais ou estranhas que não são de proporções delirantes (por exemplo, ideias de referência ou pensamento mágico); podem ter experiências percetivas pouco habituais (por exemplo, sentir a presença de uma pessoa não visível); o seu discurso pode ser globalmente compreensível mas vago; e o seu comportamento pode ser pouco habitual mas não grosseiramente desorganizado (por exemplo, murmurar em público). Os sintomas negativos são comuns nas fases prodrómicas e residuais e podem ser graves. Os indivíduos que eram socialmente ativos podem afastar-se das rotinas prévias. Tais comportamentos são muitas vezes o primeiro sinal da perturbação.

Sintomas do humor e episódios do humor completos são comuns na esquizofrenia e podem ocorrer em simultâneo com a sintomatologia de fase ativa. Porém, um diagnóstico de esquizofrenia, por ser distinto de uma perturbação do humor psicótica, requer a presença de delírios ou de alucinações na ausência de episódios do humor. Para além disso, episódios do humor, considerados como um todo, devem estar presentes apenas durante uma pequena parte da duração total dos períodos de fase ativa e residual da doença.

Para além dos 5 domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Indivíduos com esquizofrenia podem apresentar afetos inapropriados (por exemplo, riso na ausência de um estímulo apropriado); humor disfórico, que pode tomar a forma de depressão, ansiedade ou raiva; um padrão de sono alterado (por exemplo, sono diurno e atividade noturna); e falta de interesse em comer ou recusa alimentar. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e por vezes atingir proporções delirantes. A ansiedade e fobias são comuns. Os défices cognitivos na esquizofrenia são comuns e estão fortemente ligados a défices vocacionais e funcionais. Estes défices podem incluir a diminuição na memória declarativa, memória de trabalho, funções da linguagem e outras funções executivas, bem como uma lentificação da velocidade de processamento. Podem igualmente ser encontradas anomalias no processamento sensorial e na capacidade inibitória, bem como reduções na atenção. Alguns indivíduos com esquizofrenia apresentam défices de cognição social, incluindo défices na capacidade para inferir as intenções das outras pessoas (teoria da mente), podendo tomar em conta, e depois interpretar como significativos, acontecimentos ou estímulos irrelevantes que podem conduzir à formação de explicações delirantes. Estes défices persistem frequentemente durante a remissão sintomática.

Alguns indivíduos com psicose podem ter falta de *insight* ou de consciência da sua perturbação (ou seja, anosognosia). Esta falta de *insight* inclui a não consciência dos sintomas de esquizofrenia e pode estar presente ao longo de todo o curso da doença. Tipicamente, a não consciência da doença é um sintoma da própria esquizofrenia e não uma estratégia de

coping. Isto é comparável à falta de consciência dos défices neurológicos consequentes a lesão cerebral que se denomina *anosognosia*. Este sintoma é o preditor mais comum de não adesão ao tratamento e prediz elevadas taxas de recaída, aumento do número de tratamentos não voluntários, funcionamento psicossocial mais pobre, agressividade e pior curso da doença.

A hostilidade e a agressividade podem ser associadas a esquizofrenia, apesar de as agressões espontâneas ou aleatórias serem incomuns. A agressividade é mais frequente em jovens do sexo masculino e em indivíduos com história de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substâncias e impulsividade. Note-se que a grande maioria das pessoas com esquizofrenia não são agressivas e que são mais frequentemente vitimizadas do que os indivíduos na população geral.

Hoje em dia, não há testes radiológicos, laboratoriais ou psicométricos para esta perturbação. Há diferenças evidentes em múltiplas regiões cerebrais entre grupos de indivíduos saudáveis e pessoas com esquizofrenia, incluindo evidência de estudos de neuroimagiologia, neuropatologia e neurofisiologia. Existem também diferenças evidentes na arquitetura celular, conetividade da substância branca e volume de substância cinzenta em várias regiões cerebrais como os córtices frontal e temporal. Tem-se verificado uma diminuição global do volume cerebral, bem como um aumento dessa diminuição com a idade. As reduções do volume cerebral com a idade são mais pronunciadas em indivíduos com esquizofrenia do que nos saudáveis. Por fim, indivíduos com esquizofrenia parecem distinguir-se dos sem essa perturbação nos índices eletrofisiológicos e de movimento ocular.

Sinais neurológicos ligeiros comuns em indivíduos com esquizofrenia incluem défices na coordenação motora, integração sensorial e sequenciação motora de movimentos complexos; confusão esquerda-direita; e desinibição de movimentos associados. Adicionalmente, podem ocorrer anomalias mínimas da face e dos membros.

Prevalência

A prevalência ao longo da vida de esquizofrenia parece ser de aproximadamente 0,3%-0,7%, apesar de ter sido reportada uma variação por raça/etnia entre países e pela origem geográfica de imigrantes e filhos de imigrantes. O rácio entre sexos difere entre amostras e populações: por exemplo, uma ênfase nos sintomas negativos e numa duração maior da perturbação (associada a pior prognóstico) mostra maiores taxas de incidência no sexo masculino, enquanto definições que permitam a inclusão de mais sintomas do humor e apresentações breves (associadas a melhor prognóstico) apresentam riscos equivalentes para ambos os sexos.

Desenvolvimento e Curso

As características psicóticas da esquizofrenia emergem tipicamente entre o final da adolescência e o meio da quarta década de vida; o início antes da adolescência é raro. O pico etário para o início do primeiro episódio psicótico é, no sexo masculino, entre o início e o meio da terceira década de vida e, para o sexo feminino, no fim da terceira década de vida. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente significativos. Metade destes indivíduos refere queixas de sintomas depressivos. O início em idade precoce tem sido tradicionalmente encarado como um fator preditivo de pior prognóstico. Contudo, o efeito da idade de início está provavelmente relacionado com o género, tendo o sexo mas-

culino pior adaptação pré-mórbida, sucesso educacional mais reduzido, sintomas negativos e défices cognitivos mais proeminentes, e, por regra, pior prognóstico. O défice cognitivo é comum. As alterações da cognição estão presentes durante o desenvolvimento e precedem o início da psicose, tomando a forma de défices cognitivos estáveis durante a idade adulta. Os défices cognitivos podem persistir quando os outros sintomas estão em remissão e contribuir para a incapacidade gerada pela doença.

Os fatores preditivos do curso e do prognóstico estão, em grande medida, por esclarecer, pelo que o curso e o prognóstico da perturbação poderão não ser preditos com fiabilidade. A evolução parece ser favorável em cerca de 20% dos indivíduos com esquizofrenia, havendo um pequeno número com recuperação completa. Contudo, a maioria dos indivíduos com esquizofrenia ainda necessita de apoio formal ou informal na sua vida diária, e muitos permanecerão cronicamente doentes, com exacerbações e remissões dos sintomas ativos, enquanto outros terão um curso de deterioração progressiva.

Os sintomas psicóticos tendem a diminuir ao longo da vida, talvez em associação com o declínio normal da atividade da dopamina relacionado com a idade. Os sintomas negativos estão mais intimamente relacionados com o prognóstico do que os sintomas positivos e tendem a ser mais persistentes. Além disso, os défices cognitivos associados à doença podem não melhorar ao longo do curso da doença.

Na infância, as características essenciais da esquizofrenia são as mesmas, mas é mais difícil fazer o diagnóstico. Nas crianças, os delírios e as alucinações podem ser menos elaborados do que nos adultos e as alucinações visuais são mais comuns e devem ser distinguidas das brincadeiras normais. O discurso desorganizado ocorre em muitas perturbações com início na infância (por exemplo, perturbação do espectro do autismo), tal como o comportamento desorganizado (por exemplo, perturbação de hiperatividade/défice de atenção). Estes sintomas não devem ser atribuídos à esquizofrenia sem que sejam consideradas outras perturbações da infância mais comuns. Os casos com início na infância tendem a ser semelhantes aos casos de adultos com pior prognóstico, com início gradual e sintomas negativos proeminentes. Crianças que mais tarde recebam o diagnóstico de esquizofrenia têm maior probabilidade de sofrer distúrbios emocionais e comportamentais não especificados e psicopatologia, alterações intelectuais e da linguagem e atrasos motores subtis.

Casos com início tardio (isto é, início depois dos 40 anos) são representados sobretudo pelo sexo feminino, podendo ter casado. Em geral, o curso é caracterizado pelo predomínio de sintomas psicóticos com preservação dos afetos e do funcionamento social. Estes casos de início tardio podem ainda preencher os critérios para esquizofrenia, mas ainda não é claro se se trata da mesma condição que a esquizofrenia diagnosticada antes da meia-idade (por exemplo, antes dos 55 anos).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A estação do ano de nascimento tem sido relacionada com a incidência de esquizofrenia, incluindo o fim do inverno/início da primavera nalguns locais e o verão para a forma deficitária da doença. A incidência de esquizofrenia e de perturbações relacionadas é mais elevada em crianças que cresceram em ambiente urbano e em alguns grupos étnicos minoritários.

Genéticos e fisiológicos. Há uma forte contribuição de fatores genéticos na determinação do risco para esquizofrenia, apesar de a maioria dos indivíduos diagnosticados com esquizofre-

nia não terem história familiar de psicose. A suscetibilidade é conferida por um espectro de alelos de risco, comuns e raros, com cada alelo a contribuir apenas para uma pequena fração da variação populacional total. Os alelos de risco até agora identificados estão também associados a outras perturbações mentais, incluindo perturbação bipolar, depressão e perturbação do espectro do autismo.

As complicações da gravidez e do parto com hipoxia e a idade paterna avançada estão associadas a um risco mais elevado de esquizofrenia para o feto em desenvolvimento. Adicionalmente, outras adversidades pré-natais e perinatais, incluindo stress, infeção, má nutrição, diabetes materna e outras condições médicas, foram relacionadas com esquizofrenia. Todavia, a maioria da progénie com estes fatores de risco não desenvolve esquizofrenia.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os fatores culturais e socioeconómicos devem ser considerados, particularmente quando o indivíduo e o clínico não partilham as mesmas origens culturais e socioeconómicas. Ideias que parecem ser delirantes numa cultura (por exemplo, bruxaria) podem ser comuns noutra. Nalgumas culturas, alucinações visuais ou auditivas com um conteúdo religioso (por exemplo, ouvir a voz de Deus) são parte normal da experiência religiosa. Além disso, a avaliação do discurso desorganizado pode tornar-se difícil devido à variação linguística dos estilos narrativos entre culturas. A avaliação dos afetos requer sensibilidade para as diferenças nos estilos de expressão emocional, contacto ocular e de linguagem corporal, que variam entre culturas. Se a avaliação é conduzida numa língua diferente da língua primária do indivíduo, deve ter-se cuidado de modo a assegurar que a alogia não está relacionada com barreiras linguísticas. Em certas culturas, o mal-estar pode tomar a forma de alucinações ou pseudo-alucinações e de ideias sobrevalorizadas que podem ter uma apresentação clínica semelhante à da verdadeira psicose, mas que são normativas para o subgrupo do doente.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Algumas características distinguem a expressão clínica da esquizofrenia entre os sexos feminino e masculino. A incidência geral de esquizofrenia tende a ser ligeiramente inferior no sexo feminino, em particular entre os casos tratados. A idade de início é mais tardia no sexo feminino, com um segundo pico na meia-idade conforme descrito anteriormente (ver a secção «Desenvolvimento e Curso» para esta perturbação). Entre o sexo feminino, os sintomas tendem a estar mais relacionados com os afetos e há mais sintomas psicóticos, bem como uma maior propensão para o agravamento desses sintomas psicóticos mais tarde na vida. Outras diferenças de sintomas incluem uma menor frequência de sintomas negativos e de desorganização. Por fim, o funcionamento social tende a permanecer mais bem preservado no sexo feminino. Há, no entanto, exceções frequentes a estas considerações gerais.

Risco de Suicídio

Aproximadamente 5%-6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem de suicídio, cerca de 20% tentam o suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos mais têm ideação suicida significativa. O comportamento suicidário é, por vezes, uma resposta a alucinações de comando que ordenam agressão ao próprio ou a outros. O risco de suicídio mantém-se elevado durante toda a vida para os sexos masculino e feminino, podendo, no entanto, ser especialmente elevado em elementos jovens do sexo masculino com uso de substâncias comórbido. Outros

fatores de risco incluem a existência de sintomas depressivos ou de sentimentos de desesperança, e o desemprego, sendo o risco mais elevado no período após um episódio psicótico ou uma alta hospitalar.

Consequências Funcionais da Esquizofrenia

A esquizofrenia está associada a disfunções sociais e ocupacionais significativas. A progressão educativa e a manutenção do emprego são muitas vezes prejudicadas pela avolição ou por outras manifestações da perturbação, mesmo quando as capacidades cognitivas são suficientes para as tarefas em causa. A maioria dos indivíduos está empregada num nível abaixo do dos seus progenitores e muitos, particularmente homens, não casam ou têm contatos sociais limitados fora da sua família.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações depressiva major ou bipolar com características psicóticas ou catatónicas. A distinção entre esquizofrenia e perturbações depressiva major ou bipolar com características psicóticas ou com catatonia depende da relação temporal entre os distúrbios do humor e da psicose, bem como da gravidade dos sintomas depressivos ou maníacos. Se os delírios ou as alucinações ocorrerem exclusivamente durante um episódio depressivo major ou um episódio maníaco, o diagnóstico deverá ser de perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas.

Perturbação esquizoafetiva. O diagnóstico de perturbação esquizoafetiva requer que um episódio depressivo major ou maníaco ocorra, em simultâneo, com os sintomas da fase ativa e que os sintomas do humor estejam presentes durante a maior parte da duração dos períodos ativos.

Perturbação esquizofreniforme e perturbação psicótica breve. Estas perturbações são de duração mais curta do que a da esquizofrenia, tal como é especificado no Critério C que requer 6 meses de sintomas. Na perturbação esquizofreniforme, o distúrbio está presente por menos de 6 meses e, na perturbação psicótica breve, os sintomas estão presentes por pelo menos 1 dia, mas por menos de 1 mês.

Perturbação delirante. A perturbação delirante pode ser distinguida da esquizofrenia pela ausência dos outros sintomas característicos de esquizofrenia (por exemplo, delírios, alucinações auditivas ou visuais proeminentes, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico, sintomas negativos).

Perturbação esquizotípica da personalidade. A perturbação esquizotípica da personalidade pode ser distinguida da esquizofrenia pelos sintomas abaixo do limiar que estão associados com as características persistentes da personalidade.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação dismórfica corporal. Indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação dismórfica corporal podem apresentar-se com *insight* pobre ou ausente e as suas preocupações podem atingir proporções delirantes. Mas estas perturbações distinguem-se da esquizofrenia pelas suas obsessões, compulsões e preocupações proeminentes com a aparência ou cheiro corporal, acumulação compulsiva ou comportamentos repetitivos centrados no corpo.

Perturbação de stress pós-traumático. A perturbação de stress pós-traumático pode incluir *flash backs* com qualidade alucinatória e a hipervigilância pode atingir proporções paranoi-

des. No entanto, para que se possa fazer o diagnóstico é necessário um acontecimento traumático e sintomas característicos relacionados com a reação e o reviver do acontecimento.

Perturbação do espectro do autismo ou perturbação da comunicação. Estas perturbações também podem apresentar sintomas semelhantes aos de um episódio psicótico, mas distinguem-se pelos seus respetivos défices na interação social com comportamentos restritos e repetitivos e outros défices cognitivos e de comunicação. Um indivíduo com uma perturbação do espectro do autismo ou com uma perturbação da comunicação tem de apresentar sintomas que preencham todos os critérios para esquizofrenia, com alucinações ou delírios proeminentes durante pelo menos 1 mês, de modo a ser diagnosticado com esquizofrenia como uma condição comórbida.

Outras perturbações mentais associadas a um episódio psicótico. O diagnóstico de esquizofrenia é feito apenas quando o episódio psicótico é persistente e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Indivíduos com *delirium,* ou com perturbação neurocognitiva major ou ligeira, podem apresentar-se com sintomas psicóticos, mas estes devem ter a relação temporal com o início das alterações cognitivas que é consistente com essas perturbações. Indivíduos com perturbação psicótica induzida por substância/ /medicamento podem exibir sintomas característicos do Critério A para esquizofrenia, mas a perturbação psicótica induzida por substância/medicamento pode ser habitualmente distinguida pela relação cronológica do uso de substância com o início e a remissão da psicose na ausência do uso de substância.

Comorbilidades

As taxas de comorbilidade com perturbações relacionadas com substâncias são elevadas na esquizofrenia. Mais de metade dos indivíduos com esquizofrenia tem perturbação de uso de tabaco e fuma cigarros regularmente. A comorbilidade com perturbações de ansiedade é cada vez mais reconhecida na esquizofrenia. As taxas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de pânico são elevadas em indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população geral. A perturbação esquizotípica ou paranoide da personalidade pode por vezes preceder o início da esquizofrenia.

A esperança de vida é reduzida em indivíduos com esquizofrenia por causa das condições médicas associadas. Aumento de peso, diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e pulmonares são mais comuns na esquizofrenia do que na população geral. Uma fraca adesão a comportamentos de manutenção da saúde (por exemplo, rastreio de cancro, exercício físico) aumenta o risco de doença crónica, mas outros fatores da perturbação, incluindo medicamentos, estilo de vida, tabagismo e dieta, podem também ter um papel importante. Uma vulnerabilidade partilhada para a psicose e as perturbações médicas pode explicar alguma da comorbilidade médica da esquizofrenia.

Perturbação Esquizoafetiva

Critérios de Diagnóstico

A. Período ininterrupto de doença durante o qual existe um episódio major do humor (depressivo major ou maníaco) simultaneamente com o Critério A de esquizofrenia.

Nota. O episódio depressivo major deve incluir o Critério A1: humor deprimido.

B. Delírios ou alucinações por 2 ou mais semanas na ausência de um episódio major do humor (depressivo ou maníaco) ao longo da vida da doença.
C. Os sintomas que preenchem os critérios para um episódio major do humor estão presentes na maior parte da duração total dos períodos ativos e residuais da doença.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica.

Especificar se:

295.70 (F25.0) Tipo bipolar. Este subtipo aplica-se se um episódio maníaco faz parte da apresentação. Também podem ocorrer episódios depressivos major

295.70 (F25.1) Tipo depressivo. Este subtipo aplica-se apenas se os episódios depressivos major fazem parte da apresentação.

Especificar se:

Com catatonia (para definição, conferir os critérios de catatonia associada a outras perturbações mentais, pp. 140-141.

Nota de codificação. Usar o código adicional **293.89 (F06.1)** de catatonia associada a perturbação esquizofreniforme para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especificar se:

Os seguintes especificadores do curso só devem ser utilizados após 1 ano de duração da perturbação e se eles não estiverem em contradição com os critérios de diagnóstico da evolução.

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo. A primeira manifestação da perturbação preenche os critérios de diagnóstico definidores quer de sintomatologia quer de duração. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que os critérios são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial. *Remissão parcial* é um período de tempo durante o qual há uma melhoria mantida depois do episódio prévio e no qual os critérios definidores da perturbação só são parcialmente preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa. *Remissão completa* é um período de tempo depois do episódio prévio durante o qual não estão presentes sintomas específicos da perturbação.

Múltiplos episódios, atualmente em episódio agudo. Múltiplos episódios podem ser atribuídos após o mínimo de 2 episódios (por exemplo, depois de um primeiro episódio, uma remissão e um mínimo de uma recaída).

Múltiplos episódios, atualmente em remissão parcial.

Múltiplos episódios, atualmente em remissão completa.

Contínuo. Os sintomas que preenchem os critérios de diagnóstico para a perturbação persistem durante a maior parte do curso da doença, com períodos muito breves de sintomas abaixo do limiar relativamente ao curso global da doença.

Não especificado.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)

Nota. O diagnóstico de perturbação esquizoafetiva pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Nota. Para informação adicional sobre Desenvolvimento e Curso (fatores relacionados com a idade), Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura, Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género, ver as secções correspondentes em esquizofrenia, perturbações bipolares I e II e perturbação depressiva major nos seus respetivos capítulos.

Características de Diagnóstico

O diagnóstico de perturbação esquizoafetiva baseia-se na avaliação de um período ininterrupto de doença durante o qual o indivíduo continua a apresentar sintomas ativos ou residuais de doença psicótica. O diagnóstico é habitualmente, mas não necessariamente, feito durante o período de doença psicótica. Em algum momento durante esse período o Critério A para a esquizofrenia tem de ser preenchido. Os Critérios B (disfunção social) e o F (exclusão de perturbação do espectro do autismo ou outra perturbação da comunicação com início durante a infância) para a esquizofrenia não têm de ser preenchidos. Além do preenchimento do Critério A para esquizofrenia, há um episódio major do humor (depressivo major ou maníaco) (Critério A para perturbação esquizoafetiva). Dado que a perda de interesse ou de prazer é comum na esquizofrenia, para se cumprir o Critério A para perturbação esquizoafetiva, o episódio depressivo major tem de incluir humor deprimido invasivo (isto é, a presença de uma marcada diminuição do interesse ou do prazer não é suficiente). Episódios de depressão ou de mania estão presentes na maior parte da duração total da doença (ou seja, depois de preenchido o Critério A) (Critério C para perturbação esquizoafetiva). Para distinguir a perturbação esquizoafetiva da perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas, devem estar presentes delírios ou alucinações durante pelo menos 2 semanas na ausência de episódios major do humor (depressivo ou maníaco) em algum momento da duração total da doença (Critério B para perturbação esquizoafetiva). Os sintomas não podem ser atribuíveis aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica (Critério D para a perturbação esquizoafetiva).

O Critério C para a perturbação esquizoafetiva especifica que os sintomas do humor que preenchem os critérios para um episódio major do humor têm de estar presentes na maior parte da duração total dos períodos ativos e residuais da doença. O Critério C requer a avaliação dos sintomas do humor ao longo do todo o curso da doença psicótica, o que difere dos critérios do DSM-IV, que requeriam apenas a avaliação do período de doença atual. Se os sintomas de humor estão presentes apenas por um período relativamente breve, o diagnóstico é de esquizofrenia e não de perturbação esquizoafetiva. Quando se decide se a apresentação de um indivíduo preenche o Critério C, o clínico deve rever a duração total da doença psicótica (isto é, tanto os sintomas ativos como os residuais) e determinar quando é que os sintomas do humor significativos (não tratados ou com necessidade de tratamento com medicação antidepressiva e/ou estabilizadora do humor) acompanham os sintomas psicóticos. Esta determinação requer informação da história suficiente e julgamento clínico. Por exemplo, um indivíduo com uma história de 4 anos de sintomas ativos e residuais de esquizofrenia desenvolve episódios depressivos e maníacos que, em conjunto, não duraram mais do que 1 desses 4 anos de história de doença psicótica. Esta apresentação não preencheria o Critério C.

Para além dos 5 domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O funcionamento ocupacional está muitas vezes comprometido, embora não seja um critério definidor (em contraste com a esquizofrenia). O contacto social restrito e a dificuldade no autocuidado estão associados a perturbação esquizoafetiva, conquanto os sintomas negativos possam ser menos graves e menos persistentes do que os que se observam na esquizofrenia. A anosognosia (isto é, um *insight* pobre) também é comum na perturbação esquizoafetiva, mas os défices de *insight* podem ser menos graves e invasivos do que os da esquizofrenia. Indivíduos com perturbação esquizoafetiva podem ter um risco elevado de desenvolver episódios depressivos ou bipolares, caso os sintomas do humor persistam após a remissão dos sintomas que preenchem o Critério A de esquizofrenia. O abuso de álcool e outras perturbações relacionadas com substâncias podem estar associados a esta perturbação.

Não há testes ou medidas biológicas que possam ajudar na determinação do diagnóstico de perturbação esquizoafetiva. Não é claro se a perturbação esquizoafetiva difere da esquizofrenia no que diz respeito às características associadas, tais como anomalias estruturais e funcionais do cérebro, défices cognitivos e fatores de risco genético.

Prevalência

A perturbação esquizoafetiva parece ser cerca de um terço tão comum como a esquizofrenia. A prevalência ao longo da vida da perturbação esquizoafetiva está estimada em 0,3%. A incidência de perturbação esquizoafetiva é mais elevada no sexo feminino do que no masculino, principalmente devido a uma incidência aumentada do tipo depressivo entre os elementos do sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

A idade típica de aparecimento da perturbação esquizoafetiva é o início da idade adulta, apesar de poder ocorrer em qualquer altura desde a adolescência até ao final da vida. Um número significativo de indivíduos inicialmente diagnosticados com outras doenças psicóticas receberá mais tarde o diagnóstico de perturbação esquizoafetiva quando se tornar mais aparente o padrão de episódios do humor. Com o atual Critério C de diagnóstico, é esperado que o diagnóstico de alguns indivíduos venha a ser convertido de perturbação esquizoafetiva noutra perturbação, à medida que os sintomas do humor se vão tornando menos proeminentes. O prognóstico de perturbação esquizoafetiva é um pouco melhor do que o de esquizofrenia, mas é pior do que o de perturbações do humor.

A perturbação esquizoafetiva pode ocorrer com diversos padrões temporais. O padrão que se segue é típico: um indivíduo pode ter marcadas alucinações auditivas e delírios persecutórios durante 2 meses antes do início de um episódio depressivo major proeminente. Os sintomas psicóticos e o episódio depressivo major completo estão presentes, em seguida, durante 3 meses. Depois, o indivíduo recupera completamente do episódio depressivo major, mas os sintomas psicóticos persistem por mais um mês antes de estes acabarem também por desaparecer. Durante este período da doença, os sintomas do indivíduo preenchem simultaneamente os critérios para um episódio depressivo e o Critério A de esquizofrenia, e durante este mesmo período de doença as alucinações auditivas e os delírios estiveram presentes antes e depois da fase depressiva. A duração total da doença é de cerca de 6 meses, com sintomas psicóticos isolados presentes durante os 2 primeiros meses, sintomas depressivos e psicóticos presentes durante os 3 meses seguintes e, nova-

mente, sintomas psicóticos isolados durante o último mês. Nesta situação, a duração do episódio depressivo não foi breve comparativamente com a duração total do distúrbio psicótico, pelo que esta apresentação reúne as condições necessárias para o diagnóstico de perturbação esquizoafetiva.

A expressão de sintomas psicóticos ao longo da vida é variável. Sintomas depressivos ou maníacos podem ocorrer antes do início da psicose, durante episódios psicóticos agudos, durante períodos residuais e depois da cessação da psicose. Por exemplo, um indivíduo pode apresentar-se com sintomas proeminentes do humor durante a fase prodrómica de esquizofrenia. Este padrão não é necessariamente revelador de perturbação esquizoafetiva, dado que é a coocorrência de sintomas psicóticos e do humor que é diagnóstica. Para um indivíduo com sintomas que preenchem claramente os critérios para perturbação esquizoafetiva, mas que no seguimento posterior só apresenta sintomas psicóticos residuais (como sintomas psicóticos abaixo do limiar e/ou sintomas negativos proeminentes), o diagnóstico pode ser alterado para esquizofrenia, na medida em que se tornou mais proeminente a proporção total de doença psicótica comparativamente com os sintomas do humor. A perturbação esquizoafetiva, tipo bipolar, pode ser mais comum entre jovens adultos, enquanto a perturbação esquizoafetiva, tipo depressivo, pode ser mais comum em adultos mais velhos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Entre os indivíduos com esquizofrenia, pode haver um risco aumentado de perturbação esquizoafetiva nos familiares de primeiro grau. O risco de perturbação esquizoafetiva pode estar aumentado em indivíduos que têm um familiar de primeiro grau com esquizofrenia, doença bipolar ou perturbação esquizoafetiva.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os fatores culturais e socioeconómicos devem ser considerados, particularmente quando o indivíduo e o clínico não partilham as mesmas origens culturais e socioeconómicas. Ideias que parecem ser delirantes numa cultura (por exemplo, bruxaria) podem ser comuns noutra. Existe também alguma evidência na literatura de um sobrediagnóstico de esquizofrenia comparativamente com a perturbação esquizoafetiva nas populações afro-americanas e hispânicas, pelo que se deve ter o cuidado de assegurar uma avaliação culturalmente apropriada que inclua quer os sintomas psicóticos quer os afetivos.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio ao longo da vida para esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva é de 5% e a presença de sintomas depressivos está correlacionada com um maior risco de suicídio. Há evidência de que as taxas de suicídio são mais elevadas nas populações com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva norte-americanas comparativamente com as populações europeia, do Leste europeu, sul-americana e indiana.

Consequências Funcionais da Perturbação Esquizoafetiva

A perturbação esquizoafetiva está associada a disfunção social e ocupacional, mas a disfunção não é um critério de diagnóstico (como o é na esquizofrenia) e há uma variabilidade substancial entre indivíduos diagnosticados com perturbação esquizoafetiva.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais e condições médicas. Uma ampla variedade de condições médicas e psiquiátricas pode manifestar-se com sintomas psicóticos e do humor e elas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de perturbação esquizoafetiva. Estas incluem a perturbação psicótica devida a outra condição médica; *delirium*; perturbação neurocognitiva major; perturbação psicótica ou perturbação neurocognitiva induzida por substância/ /medicamento; perturbações bipolares com características psicóticas; perturbação depressiva major com características psicóticas; perturbações depressivas ou bipolares com características catatónicas; perturbações esquizotípica, esquizoide ou paranoide da personalidade; perturbação psicótica breve; perturbação esquizofreniforme; esquizofrenia; perturbação delirante; e perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada e outras perturbações psicóticas. As condições médicas e o uso de substâncias podem apresentar-se em combinação com sintomas psicóticos e do humor, pelo que as perturbações psicóticas devidas a outra condição médica necessitam de ser excluídas. Por vezes, é difícil distinguir a perturbação esquizoafetiva da esquizofrenia, bem como das perturbações depressivas e bipolares com características psicóticas. O Critério C está desenhado para separar a perturbação esquizoafetiva da esquizofrenia e, o Critério B, de modo a distinguir a perturbação esquizoafetiva das perturbações depressivas e bipolares com características psicóticas. Mais especificamente, a perturbação esquizoafetiva pode ser distinguida das perturbações depressivas ou bipolares com características psicóticas pela presença de delírios e/ou alucinações por pelo menos 2 semanas na ausência um episódio major do humor. Em contraste, nas perturbações depressivas ou bipolares com características psicóticas, as características psicóticas ocorrem primariamente durante o(s) episódio(s) do humor. Dado que a proporção relativa entre os sintomas psicóticos e do humor pode mudar ao longo do tempo, o diagnóstico apropriado pode mudar de e para perturbação esquizoafetiva (por exemplo, um diagnóstico de perturbação esquizoafetiva com um episódio depressivo major proeminente e grave que dure 3 meses dos primeiros 6 meses de uma doença psicótica persistente deveria ser alterado para esquizofrenia, caso os sintomas psicóticos ativos ou residuais proeminentes persistam por vários anos sem a recorrência de outro episódio de humor).

Perturbação psicótica devida a outra condição médica. Outras condições médicas e o uso de substâncias podem manifestar-se por uma combinação de sintomas psicóticos e de humor, pelo que uma perturbação psicótica devida a outra condição médica tem de ser excluída.

Esquizofrenia, perturbações depressivas e bipolares. Distinguir a perturbação esquizoafetiva da esquizofrenia e das perturbações depressivas e bipolares com características psicóticas é, muitas vezes, difícil. O Critério C está desenhado para separar a perturbação esquizoafetiva da esquizofrenia e, o Critério B, para distinguir a perturbação esquizoafetiva das perturbações depressivas ou bipolares com características psicóticas. Mais especificamente, a perturbação esquizoafetiva pode ser distinguida das perturbações depressivas ou bipolares com características psicóticas com base na presença de delírios proeminentes e/ou alucinações por pelo menos 2 semanas na ausência um episódio major do humor. Em contraste, nas perturbações depressivas ou bipolares com características psicóticas, as características psicóticas ocorrem primariamente durante o(s) episódio(s) do humor. Dado que a proporção relativa entre os sintomas psicóticos e do humor pode mudar ao longo do tempo, o diagnóstico apropriado pode mudar de e para perturbação esquizoafetiva (por exemplo, um diagnóstico de perturbação esquizoafetiva com um episódio depressivo major proeminente e grave que

dure 3 meses dos primeiros 6 meses de uma doença psicótica persistente deveria ser alterado para esquizofrenia, caso os sintomas psicóticos ativos ou residuais proeminentes persistam por vários anos sem a recorrência de outro episódio de humor).

Comorbilidades

Muitos indivíduos diagnosticados com perturbação esquizoafetiva são também diagnosticados com outras perturbações mentais, em especial perturbações de uso de substâncias e perturbações de ansiedade. Semelhantemente, a incidência de condições médicas está aumentada acima da taxa de base para a população geral, o que leva a uma diminuição da esperança média de vida.

Perturbação Psicótica Induzida por Substância/Medicamento

Critérios de Diagnóstico

A. Presença de um ou de ambos dos seguintes sintomas:
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e de (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolvem-se durante ou pouco depois da intoxicação por substância, ou da abstinência de substância, ou da exposição a medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas do Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação psicótica que não seja a induzida por substância/medicamento. A evidência de uma perturbação psicótica independente poderia incluir o seguinte:

   Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por exemplo, cerca de um mês) após a cessação da abstinência aguda ou da intoxicação grave; ou existe outra evidência de uma perturbação psicótica independente não induzida por substância/medicamento (por exemplo, a história de episódios recorrentes não relacionados com substância/medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Nota. Este diagnóstico deve ser feito em vez do diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância, apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar a atenção clínica.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para perturbações psicóticas induzidas por [substância/medicamento específico] encontram-se listados na tabela abaixo. Note-se que o código ICD-10-CM depende de se existe ou não uma perturbação de uso de substância comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação de uso de substância ligeira é comórbida com a perturbação psicótica induzida por substância, o dígito na 4.ª posição é «1» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] ligeira» antes da perturbação psicótica induzida por substância (por exemplo, «perturbação de uso de cocaína ligeira com perturbação psicótica induzida por cocaína»). Se uma perturbação de uso de substância moderada a grave é comórbida com

a perturbação psicótica induzida por substâncias, o dígito na 4.ª posição é «2» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] moderada» ou «perturbação de uso de [substância] grave» dependendo da gravidade da perturbação de uso de substância comórbida. Se não há perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois de um consumo pontual pesado de uma substância), então o dígito na 4.ª posição é «9» e o clínico deve registar apenas a perturbação psicótica induzida por substância.

	ICD-9-CM	ICD-10-CM Com perturbação de uso, ligeira	ICD-10-CM Com perturbação de uso, moderada ou grave	ICD-10-CM Sem perturbação de uso
Álcool	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
Cannabis	292.2	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	292.9	F16.159	F16.259	16.959
Outro alucinogénio	292.9	F16.159	F16.259	16.959
Inalante	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

Especificar se (ver tabela 1 no capítulo «Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas» para diagnósticos associados a classe de substância):

Com início durante a intoxicação. Se estiverem preenchidos os critérios para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência. Se estiverem preenchidos os critérios para abstinência de substância e os sintomas se desenvolvem durante, ou pouco depois, da abstinência.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)

Nota. O diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substância/medicamento pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação psicótica induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar a causar os delírios ou alucinações. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona) deve utilizar-se o código «outra substância»; e nos casos nos quais a substância é considerada como sendo um fator etiológico, mas cuja classe é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação é seguido pela especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Ao contrário dos procedimentos de registo para a ICD-10-CM, os quais combinam a perturbação induzida por substância e a perturbação de uso de substâncias num único código, para a ICD 9-CM é dado um código de diagnóstico separado para a perturbação de uso de substância. Por exemplo, no caso de delírios que ocorrem durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é 292.9 perturbação psicótica induzida por cocaína, com início durante a intoxicação. Também é dado um diagnóstico adicional de 304.20 perturbação de uso de cocaína grave. Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas psicóticos, cada um deve ser registado separadamente (por exemplo, 292.9 perturbação psicótica induzida por *Cannabis*, com início durante a intoxicação; 292.9 perturbação psicótica induzida por fenciclidina, com início durante a intoxicação, com perturbação de uso de fenciclidina ligeira).

ICD-10-CM. O nome da perturbação psicótica induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar a causar os delírios e alucinações. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe de droga e na presença ou ausência de uma perturbação de uso de substâncias comórbida. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona) deve utilizar-se o código «outra substância», não se devendo utilizar qualquer uso de substância comórbido; e nos casos nos quais a substância é considerada como sendo um fator etiológico, mas cuja classe específica da substância é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida», não se devendo utilizar qualquer uso de substância comórbido.

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação de uso de substâncias comórbida (caso exista) é registada em primeiro lugar, seguida pela palavra «com» à qual se segue o nome da perturbação psicótica induzida por substância e, depois, a especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de delírios que ocorrem durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.259 perturbação de uso de cocaína grave com perturbação psicótica induzida por uso de cocaína, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado de perturbação de uso de cocaína grave comórbida não é dado. Se a perturbação psicótica induzida por substâncias ocorre sem perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois de um consumo pesado pontual de uma substância), não é registada uma perturbação de uso de substância acompanhante (por exemplo, F16.959 perturbação psicótica induzida por fenciclidina, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento dos sinto-

mas psicóticos, cada um deve ser registado separadamente (por exemplo, F12.259 perturbação de uso de *Cannabis* grave com perturbação psicótica induzida por *Cannabis*, com início durante a intoxicação; F16.159 perturbação de uso de fenciclidina ligeira com perturbação psicótica induzida por fenciclidina, com início durante a intoxicação).

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação psicótica induzida por substância/medicamento são delírios e/ou alucinações proeminentes (Critério A) que se considerem dever se ao efeito fisiológico de uma substância/medicamento (isto é, uma droga de abuso, um medicamento ou a exposição a uma toxina) (Critério B). As alucinações de que o doente se aperceba serem induzidas pela substância/medicamento não são aqui incluídas e devem, por sua vez, ser diagnosticadas como intoxicação por substância ou abstinência de substância acompanhado pelo especificador «com distúrbio da perceção» (aplica-se à abstinência de álcool; intoxicação de *Cannabis*; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e à intoxicação com estimulantes).

Uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento distingue-se de uma perturbação psicótica primária considerando se o início, o curso e outros fatores. Para drogas de abuso tem de haver evidência da história, exame físico ou achados laboratoriais de uso, intoxicação ou abstinência de substância. As perturbações psicóticas induzidas por substância/ /medicamento surgem durante ou pouco depois da exposição a um medicamento ou depois de intoxicação ou abstinência de uma substância, mas podem persistir durante semanas. Já as perturbações psicóticas primárias, por seu turno, podem preceder o início do uso de substância/ /medicamento ou podem ocorrer durante períodos de abstinência mantida. Uma vez iniciados, os sintomas psicóticos podem persistir enquanto continuar o uso de substância/medicamento. Outra consideração é a presença de características que são atípicas de uma perturbação psicótica primária (por exemplo, idade de início ou curso atípicos). Por exemplo, o aparecimento de delírios *de novo* numa pessoa com mais de 35 anos sem história conhecida de perturbação psicótica primária sugere a possibilidade de uma perturbação induzida por substância/medicamento. Mesmo uma história prévia de perturbação psicótica primária não exclui a possibilidade de uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento. Em contraste, fatores que sugerem que os sintomas psicóticos são mais bem explicados por uma perturbação psicótica primária incluem a persistência de sintomas psicóticos por um período de tempo significativo (ou seja, um mês ou mais) depois do fim da intoxicação por substância, ou da abstinência aguda de substância, ou depois da cessação do uso de medicamento; ou uma história prévia de perturbações psicóticas primárias recorrentes. Outras causas de perturbações psicóticas devem ser consideradas mesmo num indivíduo com intoxicação por substância ou abstinência de substância, porque os problemas de uso de substâncias não são incomum entre indivíduos com perturbações psicóticas não induzidas por substância/medicamento.

Para além dos quatro domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As perturbações psicóticas podem ocorrer em associação com a intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; *Cannabis*; alucinogénios, incluindo fenciclidina e substâncias relacionadas; inalantes; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína);

e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). As perturbações psicóticas podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; sedativos hipnóticos e ansiolíticos; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).

Alguns dos medicamentos descritos como podendo provocar sintomas psicóticos incluem anestésicos e analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, anti-hipertensores e medicamentos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, anti-parkinsónicos, agentes de quimioterapia (por exemplo, ciclosporina, procarbazina), corticosteroides, medicamentos gastrintestinais, relaxantes musculares, anti-inflamatórios não esteroides, medicamentos não sujeitos a prescrição médica (por exemplo, fenilefrina, pseudoefedrina), antidepressivos e dissulfiram. As toxinas descritas como indutoras de sintomas psicóticos incluem anticolinesterase, inseticidas organofosfatados, gases *sarin* e outros gases neurotóxicos, monóxido de carbono, dióxido de carbono e substâncias voláteis como combustíveis ou tintas.

Prevalência

A prevalência das perturbações psicóticas induzidas por substância/medicamento na população geral é desconhecida. Entre 7% e 25% dos indivíduos que se apresentam com um primeiro episódio de psicose em diferentes contextos são descritos como tendo uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento.

Desenvolvimento e Curso

O início da perturbação pode variar consideravelmente dependendo da substância. Por exemplo, fumar uma grande dose de cocaína pode produzir psicose em minutos, enquanto podem ser necessários dias ou semanas de uso de álcool ou sedativos em doses altas para produzir psicose. A perturbação psicótica induzida por álcool, com alucinações, ocorre habitualmente depois de uma ingestão pesada e prolongada de álcool em indivíduos com perturbação de uso de álcool moderada a grave, sendo as alucinações em regra de natureza auditiva.

As perturbações psicóticas induzidas por anfetaminas e cocaína partilham características clínicas semelhantes. Delírios persecutórios podem desenvolver-se rapidamente pouco depois do uso de anfetaminas ou de outro simpaticomimético semelhante. As alucinações de insetos ou insetos rastejantes sobre ou sob a pele (formicação) podem levar o indivíduo a coçar-se e a provocar escoriações da pele extensas. A perturbação psicótica induzida por *Cannabis* pode desenvolver-se pouco depois do consumo de uma dose elevada de *Cannabis* e, por regra, envolve delírios persecutórios, ansiedade marcada, labilidade emocional e despersonalização. Esta perturbação remite habitualmente num dia mas, nalguns casos, pode persistir por alguns dias.

A perturbação psicótica induzida por substância/medicamento pode por vezes persistir mesmo após a remoção do agente agressor, de tal modo que pode ser difícil distingui-la de uma perturbação psicótica independente. Agentes como as anfetaminas, fenciclidina e cocaína têm sido descritos como indutores de estados psicóticos temporários que podem, apesar da remoção do agente e do tratamento com medicação neuroléptica, persistir durante semanas ou mais tempo. Em idades mais avançadas, a polifarmácia para condições médicas e a exposição a medicamentos para parkinsonismo, doença cardiovascular e outras perturbações médicas podem estar associadas a uma maior probabilidade de psicose induzida pela medicação prescrita, ao contrário das substâncias de abuso.

Marcadores de Diagnóstico

Para substâncias em que esteja disponível a pesquisa dos níveis no sangue (por exemplo, nível de álcool no sangue, outros níveis quantificáveis no sangue como a digoxina), a presença de um nível consistente com toxicidade pode aumentar a certeza do diagnóstico.

Consequências Funcionais da Perturbação Psicótica Induzida por Substância/Medicamento

A perturbação psicótica induzida por substância/medicamento é, por regra, gravemente incapacitante e, por conseguinte, é observada mais frequentemente nos serviços de urgência onde os indivíduos são muitas vezes levados quando tal acontece. No entanto, a incapacidade é tipicamente autolimitada e resolve após a remoção do agente agressor.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância ou abstinência de substância. Indivíduos com intoxicação com estimulantes, *Cannabis*, o opioide meperidina ou fenciclidina, ou indivíduos com abstinência de álcool ou sedativos, podem experimentar alterações da perceção que reconhecem como efeitos da substância. Se o teste da realidade para estas experiências permanece intacto (isto é, o indivíduo reconhece que a perceção é induzida pela substância e não acredita nem age de acordo com ela), o diagnóstico não é o de perturbação psicótica induzida por substância/medicamento. Em vez disso, é diagnosticada intoxicação por substância ou abstinência de substância, com distúrbios da perceção (por exemplo, intoxicação por cocaína, com distúrbios da perceção). As alucinações *flashback*, que podem ocorrer muito depois de o uso de alucinogénios ter parado, são diagnosticadas como perturbação persistente de perceção alucinogénia. Se os sintomas psicóticos induzidos por substância/medicamento ocorrem exclusivamente no decurso de um *delirium*, como acontece nas formas graves de abstinência de álcool, considera-se que os sintomas psicóticos são uma característica associada de *delirium* e não são diagnosticados separadamente. Os delírios no contexto de uma perturbação neurocognitiva major ou ligeira devem ser diagnosticados como perturbação neurocognitiva major ou ligeira, com distúrbio do comportamento.

Perturbação psicótica primária. Uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento distingue-se de uma perturbação psicótica primária, como esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação e outras perturbações psicóticas, ou perturbação do espectro da esquizofrenia não especificada e outras perturbações psicóticas, pelo facto de a substância se considerar estar etiologicamente relacionada com os sintomas.

Perturbação psicótica devida a outra condição médica. Uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento devida a um tratamento prescrito para uma condição mental ou médica deve ter o seu início enquanto o indivíduo está a tomar o medicamento (ou durante a abstinência, no caso de haver uma síndrome de abstinência associada ao medicamento). Dado que os indivíduos com condições médicas tomam, muitas vezes, medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de os sintomas psicóticos serem causados pelas consequências fisiológicas da condição médica e não pelo medicamento, sendo nesse caso diagnosticada uma perturbação psicótica devida a outra condição médica. A história fornece muitas vezes as bases primárias para tal consideração. Por vezes, pode ser necessária uma mudança no tratamento da condição médica (por exemplo,

a substituição ou descontinuação do medicamento) para determinar empiricamente naquele indivíduo se o medicamento é o agente causal. Se o clínico verificar que a perturbação é atribuível quer à condição médica quer à substância/medicamento, devem ser dados ambos os diagnósticos (isto é, perturbação psicótica devida a outra condição médica e perturbação psicótica induzida por substância/medicamento).

Perturbação Psicótica Devida a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico

A. Alucinações ou delírios proeminentes.
B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental.
D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Codificação baseada nos sintomas predominantes:

293.81 (F06.2) Com delírios. Se os delírios são o sintoma predominante.

293.82 (F06.0) Com alucinações. Se as alucinações são o sintoma predominante.

Nota de codificação. Incluir o nome de outra condição médica no nome da perturbação (por exemplo, **293.81 [F06.2]** perturbação psicótica devida a neoplasia maligna do pulmão, com delírios). Outra condição médica deve ser codificada e listada separada e imediatamente antes da perturbação psicótica devida a outra condição médica (por exemplo, **162.9 [C34.90]** neoplasia maligna do pulmão; **293.81 [F06.2]** perturbação psicótica devida a neoplasia maligna do pulmão, com delírios).

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada a partir de uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um destes sintomas pode ser classificado pela sua gravidade atual (a mais grave nos últimos 7 dias) numa escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Ver Dimensões de Gravidade dos Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico no capítulo «Medidas de Avaliação».)

Nota. O diagnóstico de perturbação psicótica devida a outra condição médica pode ser feito sem recurso a este especificador de gravidade.

Especificadores

Para além dos domínios de sintomas identificados nos critérios de diagnóstico, a avaliação dos domínios dos sintomas da cognição, depressão e mania é vital para fazer importantes distinções entre as diversas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação psicótica devida a outra condição médica são delírios ou alucinações proeminentes que se considerem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica e que não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, os sintomas não são uma resposta psicologicamente mediada a uma condição médica grave, na qual o diagnóstico de perturbação psicótica breve, com fator de stress marcado, seria mais apropriado).

As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (ou seja, visual, olfativa, gustativa, táctil ou auditiva), mas certos fatores etiológicos podem facilmente provocar fenómenos alucinatórios específicos. As alucinações olfativas são sugestivas de epilepsia do lobo temporal. As alucinações podem variar desde simples e sem forma a altamente complexas e organizadas, dependendo de fatores etiológicos e ambientais. Em geral, a perturbação psicótica devida a outra condição médica não é diagnosticada se o indivíduo mantém o teste da realidade para as alucinações e consegue perceber que estas resultam de uma condição médica. Os delírios podem ter uma variedade de temas, incluindo somáticos, de grandiosidade, religiosos e, mais comummente, persecutórios. Globalmente, no entanto, as associações entre delírios e condições médicas particulares parecem ser menos específicas do que no caso das alucinações.

Na determinação de se o distúrbio psicótico é atribuível a outra condição médica, a presença de uma condição médica deve ser identificada e considerada ser a etiologia da psicose segundo um mecanismo fisiológico. Apesar de não haver orientações infalíveis para determinar se a relação entre o distúrbio psicótico e a condição médica é etiológica, muitas considerações fornecem alguma orientação. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre o início, a exacerbação ou a remissão de uma condição médica e o distúrbio psicótico. Uma segunda consideração é a presença de características que são atípicas para uma perturbação psicótica (por exemplo, idade de início atípica ou a presença de alucinações visuais ou olfativas). O distúrbio deve igualmente ser distinguido de uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento ou de outra perturbação mental (por exemplo, uma perturbação de ajustamento).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A associação temporal entre o início ou exacerbação da condição médica e a presença de delírios ou alucinações oferece uma maior certeza diagnóstica de que os sintomas são atribuíveis a uma condição médica. Fatores adicionais podem incluir os tratamentos simultâneos para a condição médica subjacente que confere um risco independente para psicose, tal como o tratamento com esteroides para as perturbações autoimunes.

Prevalência

As taxas de prevalência de perturbação psicótica devida a outra condição médica são difíceis de avaliar dada a grande variedade de etiologias médicas subjacentes. Estima-se que a prevalência ao longo da vida varie entre 0,21% e 0,54%. Quando os achados de prevalência são estratificados por grupos etários, indivíduos com mais de 65 anos têm uma prevalência significativamente superior de 0,74% comparada com a de grupos de idades mais jovens. As taxas de psicose também variam de acordo com a condição médica subjacente; as condições mais comummente associadas a psicose incluem perturbações endócrinas e metabólicas não tratadas, perturbações autoimunes (por exemplo, lúpus eritematoso sistémico,

encefalite autoimune de recetores *N*-metil-*D*-aspartato [NMDA]), ou epilepsia do lobo temporal. A psicose devida a epilepsia foi diferenciada em psicose ictal, pós-ictal ou interictal. Destas, a mais comum é a pós-ictal, observada em 2%-7,8% dos doentes com epilepsia. Entre indivíduos mais velhos pode haver uma prevalência mais elevada da perturbação no sexo feminino, apesar de outras características relacionadas com o género não estarem esclarecidas e variarem consideravelmente com a distribuição por género de condições médicas subjacentes.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação psicótica devida a outra condição médica pode ser um estado transitório único ou pode ser recorrente com exacerbações e remissões cíclicas da condição médica subjacente. Apesar de o tratamento da condição médica subjacente resultar muitas vezes na resolução da psicose, isso nem sempre acontece, podendo os sintomas psicóticos persistir muito além do caso médico (por exemplo, perturbação psicótica devida a lesão cerebral focal). No contexto de condições crónicas, tal como a esclerose múltipla ou a psicose interictal crónica da epilepsia, a psicose pode assumir um curso de longo prazo.

A expressão fenomenológica da perturbação psicótica devida a outra condição médica não difere substancialmente consoante a idade em que ocorre. Contudo, os grupos etários mais velhos têm uma maior prevalência da perturbação, o que se deve provavelmente ao maior número de condições médicas associado a idade avançada e ao efeito cumulativo da exposição deletéria a processos relacionados com a idade (por exemplo, aterosclerose). É provável que, ao longo da vida, a natureza das condições médicas subjacentes varie, sendo os grupos etários mais jovens mais afetados por epilepsia, traumatismo craniano, doenças autoimunes e neoplásicas até à meia-idade e os grupos etários mais velhos mais afetados por acidente vascular cerebral, episódios de anoxia e comorbilidades sistémicas múltiplas. Com o aumento da idade, fatores subjacentes, tal como o compromisso cognitivo preexistente, bem como compromissos da visão e da audição, podem aumentar o risco de psicose, possivelmente contribuindo para uma diminuição do limiar de psicose.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Modificadores do curso. A identificação e o tratamento das condições médicas subjacentes tem um grande impacte no curso da condição, apesar de uma lesão preexistente do sistema nervoso central poder conferir um pior prognóstico (por exemplo, traumatismo craniano, doença cerebrovascular).

Marcadores de Diagnóstico

O diagnóstico de perturbação psicótica devida a outra condição médica depende da condição clínica de cada indivíduo e os testes de diagnóstico variam de acordo com essa condição. Diversas condições médicas podem causar sintomas psicóticos. Estas incluem condições neurológicas (por exemplo, neoplasias, doença cerebrovascular, doença de Huntington, esclerose múltipla, epilepsia, lesão nervosa ou compromisso auditivo ou visual, surdez, enxaqueca, infeções do sistema nervoso central), condições endócrinas (por exemplo, hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismo), condições metabólicas (por exemplo, hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia), desequilíbrios hidreletrolíticos,

doença renal ou hepática e perturbações autoimunes com envolvimento do sistema nervoso central (por exemplo, lúpus eritematoso sistémico). Os achados associados do exame físico, os achados laboratoriais e os padrões de prevalência ou de início refletem a etiologia da condição médica.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio no contexto da perturbação psicótica devida a outra condição médica não está claramente delineado, apesar de certas condições como a epilepsia e a esclerose múltipla estarem associadas a taxas aumentadas de suicídio que podem aumentar mais na presença de psicose.

Consequências Funcionais da Perturbação Psicótica Devida a Outra Condição Médica

O compromisso funcional é tipicamente grave no contexto de uma perturbação psicótica devida a outra condição médica, mas varia bastante com o tipo de condição e provavelmente melhora com a resolução da condição subjacente.

Diagnóstico Diferencial

Delirium. As alucinações e os delírios ocorrem comummente no contexto de um *delirium*; apesar disso, não se dá o diagnóstico separado de perturbação psicótica devida a outra condição médica se a perturbação ocorrer em exclusivo no decurso de um *delirium*. Os delírios no contexto de uma perturbação neurocognitiva major ou ligeira devem ser considerados como perturbação neurocognitiva major ou ligeira, com distúrbio do comportamento.

Perturbação psicótica induzida por substância/medicamento. Deve ser considerada uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento se existir evidência de uso recente ou prolongado de substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância, ou exposição a uma toxina (por exemplo, intoxicação por LSD [dietilamida do ácido lisérgico], abstinência de álcool). Os sintomas que ocorrem durante ou pouco depois (por exemplo, dentro de 4 semanas) da intoxicação ou abstinência de uma substância ou depois do uso de um medicamento, podem ser especialmente indicativos de uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento, dependendo das características, duração e quantidade da substância usada. Se o clínico verificou que a perturbação é devida quer a uma condição médica quer ao uso de substâncias, podem ser atribuídos ambos os diagnósticos (isto é, perturbação psicótica devida a outra condição médica e perturbação psicótica induzida por substância/medicamento).

Perturbação psicótica. A perturbação psicótica devida a outra condição médica deve ser distinguida de uma perturbação psicótica (por exemplo, esquizofrenia, perturbação delirante, perturbação esquizoafetiva) ou das perturbações depressivas ou bipolares, com características psicóticas. Nas perturbações psicóticas e nas perturbações depressivas e bipolares, com características psicóticas, não se conseguem demonstrar os mecanismos fisiológicos não específicos e causais diretos associados a uma condição médica. A idade tardia de início, bem como a ausência de história pessoal ou familiar de esquizofrenia ou de perturbação delirante, sugerem a necessidade de uma avaliação completa de modo a

excluir o diagnóstico de perturbação psicótica devido a outra condição médica. As alucinações auditivas que envolvem vozes que dizem frases complexas são mais características de esquizofrenia do que de perturbação psicótica devida a uma condição médica. Outros tipos de alucinações (por exemplo, visuais, olfativas) sinalizam muitas vezes uma perturbação psicótica devida a outra condição médica ou uma perturbação psicótica induzida por substância/medicamento.

Comorbilidades

Em indivíduos com mais de 80 anos, a perturbação psicótica devida a outra condição médica está associada a perturbação neurocognitiva major (demência) concomitante.

Catatonia

A catatonia pode ocorrer no contexto de várias perturbações, incluindo as perturbações do neurodesenvolvimento, psicóticas, bipolares, depressivas e de outras condições médicas (por exemplo, défice de folato cerebral, perturbações autoimunes raras e paraneoplasias). Este manual não considera a catatonia como uma classe independente mas reconhece: *a*) a catatonia associada a outra perturbação mental (isto é, perturbação do neurodesenvolvimento, perturbação psicótica, uma perturbação bipolar, uma perturbação depressiva ou a outra perturbação mental); *b*) a perturbação catatónica devida a outra condição médica; e *c*) a catatonia não especificada.

Catatonia é definida pela presença de 3 ou mais de 12 características psicomotoras nos critérios de diagnóstico de catatonia associada a outra perturbação mental e de perturbação catatónica devida a outra condição médica. A característica essencial de catatonia é uma acentuada perturbação psicomotora que pode envolver a diminuição da atividade motora, a diminuição do envolvimento durante a entrevista ou o exame físico, ou atividade motora excessiva e peculiar. A apresentação clínica de catatonia pode ser confusa, dado que a perturbação psicomotora pode variar entre uma marcada apatia e uma marcada agitação. A imobilidade motora pode ser grave (estupor) ou moderada (catalepsia e flexibilidade cérea). Semelhantemente, a diminuição do envolvimento pode ser grave (mutismo) ou moderada (negativismo). Comportamentos motores excessivos e peculiares podem ser complexos (por exemplo, estereotipia) ou simples (agitação), podendo incluir ecolalia e ecopraxia. Em casos extremos, o mesmo indivíduo pode oscilar entre uma atividade motora diminuída e excessiva. As características clínicas aparentemente opostas e as manifestações variáveis do diagnóstico contribuem para uma falta de sensibilização e diminuto reconhecimento da catatonia. Durante episódios graves de catatonia, o indivíduo pode necessitar de supervisão cuidadosa para evitar provocar danos a si próprio ou aos outros. Existem riscos potenciais de má nutrição, exaustão, hiperpirexia e lesão autoinfligida.

Catatonia Associada a Outra Perturbação Mental (Especificador de Catatonia)

293.89 (F06.1)

A. O quadro clínico é dominado por 3 (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. Estupor (isto é, ausência de atividade psicomotora; ausência de envolvimento ativo com o ambiente).
   2. Catalepsia (isto é, indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).
   3. Flexibilidade cérea (isto é, resistência ligeira contra posicionamento pelo examinador).
   4. Mutismo (por exemplo, ausência de, ou muito diminuta, resposta verbal [excluir se afasia conhecida]).
   5. Negativismo (isto é, oposição ou ausência de resposta a instruções ou a estímulos externos).
   6. Postura inapropriada (isto é, manutenção espontânea e ativa de uma postura contra a gravidade).
   7. Maneirismo (isto é, caricatura estranha, circunstancial de ações normais).
   8. Estereotipia (isto é, movimentos repetitivos, anormalmente frequentes, sem objetivo).
   9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.
   10. Caretas.
   11. Ecolalia (isto é, imitação da fala de outrem).
   12. Ecopraxia (isto é, imitação dos movimentos de outrem).

Nota de codificação. Indicar o nome da perturbação mental associada aquando do registo do nome da condição (ou seja, **293.89 [F06.1]** catatonia associada a perturbação depressiva major). Codificar, em primeiro lugar, a perturbação mental associada (por exemplo, perturbação do neurodesenvolvimento, perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação bipolar, perturbação depressiva major ou outra perturbação mental) (por exemplo, **295.70 [F25.1]** perturbação esquizoafetiva, tipo depressivo; **293.89 [F06.1]** catatonia associada a perturbação esquizoafetiva).

Características de Diagnóstico

A catatonia associada a outra perturbação mental (especificador de catatonia) pode ser usada quando os critérios para catatonia são preenchidos durante o curso de uma perturbação do neurodesenvolvimento, psicótica, bipolar, depressiva ou outra perturbação mental. O especificador de catatonia é apropriado quando o quadro clínico é caracterizado por uma marcada perturbação psicomotora que envolve pelo menos 3 de 12 características de diagnóstico listadas no Critério A. A catatonia é, tipicamente, diagnosticada em contexto de internamento e ocorre em até 35% dos indivíduos com esquizofrenia, embora a maioria dos casos de catatonia envolva indivíduos com perturbações depressivas ou bipolares. Antes de o especificador de catatonia ser usado nas perturbações do neurodesenvolvimento, psicóticas, bipolares e depressivas ou noutras perturbações mentais, um amplo conjunto de outras condições médicas tem de ser excluído; estas condições incluem, mas não se limitam a, condições médicas devidas a infeções, condições metabólicas ou neurológicas (ver «Perturbação Catatónica Devida a Outra Condição Médica»). A catatonia também pode ser um efeito secundário de um medicamento (ver o capítulo «Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamento e Outros Efeitos Adversos dos Medicamentos»). Dada a gravidade das complicações, deve

ser dada uma atenção particular à possibilidade de a catatonia ser atribuível a 333.92 (G21.0) síndrome maligna dos neurolépticos.

Perturbação Catatónica Devida a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico 293.89 (F06.1)

A. O quadro clínico é dominado por 3 (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. Estupor (isto é, ausência de atividade psicomotora; ausência de envolvimento ativo com o ambiente).
   2. Catalepsia (isto é, indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).
   3. Flexibilidade cérea (isto é, resistência ligeira contra posicionamento pelo examinador).
   4. Mutismo (por exemplo, ausência de, ou muito diminuta, resposta verbal [**Nota:** não aplicável se existe uma afasia estabelecida]).
   5. Negativismo (isto é, oposição ou ausência de resposta a instruções ou a estímulos externos).
   6. Postura inapropriada (isto é, manutenção espontânea e ativa de uma postura contra a gravidade).
   7. Maneirismo (isto é, caricatura estranha, circunstancial de ações normais).
   8. Estereotipia (isto é, movimentos repetitivos, anormalmente frequentes, sem objetivo).
   9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.
   10. Caretas.
   11. Ecolalia (isto é, imitação da fala de outrem).
   12. Ecopraxia (isto é, imitação dos movimentos de outrem).
B. Existe evidência através da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, um episódio maníaco).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento.

Nota de codificação. Incluir o nome da condição médica no nome da perturbação mental (por exemplo, **293.89 [F06.1]**) perturbação catatónica devida a encefalopatia hepática). Outra condição médica deve ser codificada e listada separada e imediatamente antes da perturbação catatónica devida a uma condição médica (por exemplo, **572.2 [K71.90]** encefalopatia hepática; **293.89 [F06.1]** perturbação catatónica devida a encefalopatia hepática).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação catatónica devida a outra condição médica é a presença de catatonia que se considera ser atribuída aos efeitos fisiológicos de outra condição médica. A catatonia pode ser diagnosticada pela presença de pelo menos 3 de 12 características clínicas do Critério A. Deve haver evidência através da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a catatonia é atribuível a outra condição médica (Critério B). O diagnóstico não é dado se a catatonia é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, episódio maníaco) (Critério C) ou se ocorrer exclusivamente no decurso de um *delirium* (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Diversas condições médicas podem causar catatonia, especialmente condições neurológicas (por exemplo, neoplasias, traumatismo craniano, doença cerebrovascular, encefalite) e condições metabólicas (por exemplo, hipercalcemia, encefalopatia hepática, homocistinúria, cetoacidose diabética). Os achados associados do exame físico, os achados laboratoriais e os padrões de prevalência ou de início refletem a etiologia da condição médica.

Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico separado de perturbação catatónica devida a outra condição médica não é atribuído se a catatonia ocorrer exclusivamente no decurso de um *delirium* ou de uma síndrome maligna dos neurolépticos. Se o indivíduo estiver e a tomar medicação neuroléptica, devem considerar-se as perturbações do movimento induzidas por medicamentos (por exemplo, um posicionamento anormal pode ser devido a distonia aguda induzida por neurolépticos) ou a síndrome maligna dos neurolépticos (por exemplo, características de tipo catatonia podem estar presentes, associadas a anomalias dos sinais vitais e dos testes laboratoriais). Os sintomas catatónicos podem estar presentes em qualquer uma das 5 perturbações psicóticas seguintes: perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva e perturbação psicótica induzida por substância/medicamento. Pode ainda estar presente nalgumas perturbações do neurodesenvolvimento, em todas as perturbações bipolares e depressivas e noutras perturbações mentais.

Catatonia Não Especificada

Esta categoria aplica-se às apresentações em que os sintomas característicos de catatonia causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas em que a natureza quer da perturbação mental subjacente quer a de outra perturbação médica é pouco clara, os critérios de catatonia não são completamente preenchidos ou não há informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em contexto de serviço de urgência).

Nota de codificação. Codificar primeiro **781.99 (R29.818)** outros sintomas que envolvem os sistemas nervoso e musculosquelético, seguido de **293.89 (F06.1)** catatonia não especificada.

Perturbações do Espectro da Esquizofrenia com Outra Especificação e Outras Perturbações Psicóticas

298.8 (F28)

Esta categoria aplica-se às apresentações em que os sintomas característicos das perturbações do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas que causam mal-estar clinicamente significativo e défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não cumprem todos os critérios para nenhuma das perturbações da classe do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas. A categoria das perturbações do espectro da

esquizofrenia com outra especificação e outras perturbações psicóticas é utilizada nas situações em que o clínico optar por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre critérios para nenhuma perturbação específica do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas. Isto é feito registando «perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação e outras perturbações psicóticas» seguida pela razão específica (por exemplo, «alucinações auditivas persistentes»).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a especificação «com outra especificação» incluem os seguintes:

1. **Alucinações auditivas persistentes,** que ocorrem na ausência de qualquer outra característica.
2. **Delírios com sobreposição significativa de episódios do humor**. Isto inclui delírios persistentes com períodos de sobreposição de episódios do humor que estão presentes durante uma porção significativa da perturbação delirante (de tal forma que não é cumprido o critério que estipula que a perturbação do humor tem de ser breve).
3. **Síndrome de psicose atenuada**. Esta síndrome é caracterizada por sintomas de tipo psicótico que estão abaixo do limiar para psicose completa (por exemplo, os sintomas são menos graves e mais transitórios e o *insight* está relativamente preservado).
4. **Sintomas delirantes em parceiro de indivíduo com perturbação delirante**. No contexto de um relacionamento, o material delirante do parceiro dominante fornece conteúdo para a crença delirante de um indivíduo que não preenche inteiramente os critérios para perturbação delirante.

Perturbações do Espectro da Esquizofrenia Não Especificadas e Outras Perturbações Psicóticas

298.9 (F29)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos das perturbações do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não cumprem todos os critérios para nenhuma das perturbações na classe do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas. A categoria perturbações do espectro da esquizofrenia não especificadas e outras perturbações psicóticas é utilizada em situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios não são cumpridos para uma perturbação específica do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas, incluindo apresentações em que não há informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em contexto de serviço de urgência).

Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas

As perturbações bipolares e perturbações relacionadas estão separadas das perturbações depressivas no DSM-5, tendo sido colocadas entre os capítulos das perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e o das perturbações depressivas, em reconhecimento do seu lugar como ponte entre as duas classes diagnósticas no que respeita à sintomatologia, história familiar e genética. Os diagnósticos incluídos neste capítulo são os de perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, perturbação ciclotímica, perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas, perturbação bipolar secundária a outra condição médica e perturbações relacionadas, perturbação bipolar com outra especificação e perturbações relacionadas e perturbação bipolar não especificada e perturbações relacionadas.

Os critérios da perturbação bipolar I representam o entendimento moderno da perturbação maníaco-depressiva clássica ou psicose afetiva descritas no século XIX, diferindo dessa descrição clássica apenas na medida em que nem a psicose nem a experiência de um episódio depressivo major durante a vida são um requisito. Contudo, a grande maioria dos indivíduos cujos sintomas preenchem critérios para um episódio maníaco sindromático completo, também experiencia episódios depressivos major durante o curso das suas vidas.

A perturbação bipolar II, requerendo a experiência ao longo da vida de pelo menos um episódio depressivo major e pelo menos um episódio hipomaníaco, deixa de ser pensada como uma condição mais «ligeira» do que a perturbação bipolar I, devido principalmente à quantidade de tempo que os indivíduos com esta condição passam em depressão e ao facto de a instabilidade do humor por estes experienciada ser tipicamente acompanhada por um sério défice nos funcionamentos ocupacional e social.

O diagnóstico de perturbação ciclotímica é dado aos adultos que experienciam pelo menos 2 anos (para crianças, 1 ano completo) tanto de períodos hipomaníacos como depressivos sem nunca preencherem os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão major.

Uma grande quantidade de substâncias de abuso, algumas medicações prescritas e várias condições médicas podem estar associadas a fenómenos de tipo maníaco. Este facto é reconhecido no diagnóstico de perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas e perturbação bipolar secundária a outra condição médica e perturbações relacionadas.

O reconhecimento de que muitos indivíduos, particularmente crianças e, em menor extensão, adolescentes, experienciam fenómenos de tipo bipolar que não preenchem critérios para as perturbações bipolar I, bipolar II ou ciclotímica está refletido na existência da categoria perturbação bipolar com outra especificação e perturbações relacionadas. De facto, critérios específicos para uma perturbação que envolva hipomania de curta duração são providenciados na Secção III na esperança de encorajar estudos futuros desta perturbação.

Perturbação Bipolar I

Critérios de Diagnóstico

Para o diagnóstico de perturbação bipolar I é necessário o preenchimento dos seguintes critérios para episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido precedido, e pode ser seguido, por episódios hipomaníacos ou depressivos major.

Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal ou persistentemente elevado, expansivo ou irritável e uma atividade ou energia dirigida a objetivos anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se for necessária a hospitalização).

B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade estão presentes num grau significativo e representam uma alteração notória do comportamento habitual, 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável):
   1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
   2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono).
   3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
   5. Distratibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.
   6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora (isto é, atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
   7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).

C. A alteração do humor é grave o suficiente para provocar um défice marcado no funcionamento social ou ocupacional, ou para necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou quando existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento) ou secundário a outra condição médica.

   Nota. Um episódio maníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para episódio maníaco e, consequentemente, para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Nota. Os critérios A-D constituem um episódio maníaco. É necessário pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade, persistem 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável), representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:

1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de somente 3 horas de sono).
3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
5. Distratibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).

C. O episódio está associado com uma mudança inequívoca do funcionamento que não é característica da pessoa quando não está sintomática.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.

E. O episódio não é suficientemente grave para provocar um défice marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento).

Nota. Um episódio hipomaníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para o diagnóstico de episódio hipomaníaco. Contudo, recomenda-se precaução, uma vez que 1 ou 2 sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, irascibilidade ou agitação consequente ao uso de antidepressivos) não são considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota. Os critérios A-F constituem um episódio hipomaníaco. Episódios hipomaníacos são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Episódio Depressivo Major

A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do interesse ou do prazer.

Nota. Não incluir os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou desesperançado) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (**Nota.** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável.)
2. Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação).
3. Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota.** Em crianças deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso.)
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável por outros; não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).
8. Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação pelos outros).
9. Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota. Os critérios A C constituem um episódio depressivo major. Episódios depressivos major são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Nota. Respostas a uma perda significativa (por exemplo, luto, ruína financeira, perdas consequentes a um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, apetite fraco e perda de peso referidos no Critério A, o que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora alguns sintomas possam ser compreensíveis, ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo major sobreposto a uma resposta normal a uma perda significativa deve, também, ser ponderada com cuidado. Esta decisão requer, inevitavelmente, o exercício do julgamento clínico baseado na história da pessoa e nas normas culturais para a expressão de angústia no contexto da perda[1].

Perturbação Bipolar I

A. Preenchimento dos critérios para pelo menos 1 episódio maníaco (Critérios A-D do «Episódio Maníaco» supramencionado).

B. Os episódios maníaco ou depressivo major não são mais bem explicados por uma perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outra per-

[1] Na distinção entre luto e episódio depressivo major (EDM), é útil considerar que no luto o sentimento predominante é o de vazio e de perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de sentir alegria ou prazer. É provável que a disforia no luto diminua de intensidade ao longo de dias a semanas e que ocorra por vagas, as chamadas pontadas de dor. Estas vagas tendem a estar associadas com pensamentos e recordações do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos específicos ou preocupações. A dor no luto pode ser acompanhada por emoções positivas e humor que são incaracterísticos da infelicidade penetrante e miserabilismo característicos de um episódio depressivo major. O conteúdo do pensamento associado ao luto é em geral caracterizado por pensamentos e memórias do falecido, mais do que as ruminações autocríticas ou pessimistas observadas num EDM. No luto, a autoestima está geralmente preservada, enquanto no EDM são comuns sentimentos de inutilidade e de inferioridade. Se a ideação autodepreciativa está presente no luto, ela tipicamente envolve falhas sentidas em relação ao falecido (por exemplo, não o ter visitado com a frequência suficiente, não lhe ter dito quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e em morrer, tais pensamentos são em geral centrados no falecido e na possibilidade de «juntar-se» a ele, enquanto no episódio depressivo major tais pensamentos estão focados em terminar a sua própria vida devido ao sentimento de inutilidade, desmerecimento da vida ou incapacidade para lidar com a dor da depressão.

turbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica.

Procedimentos de Codificação e de Registo

O código de diagnóstico para perturbação bipolar I baseia se no tipo de episódio atual ou mais recente e no seu estado no que respeita à gravidade atual, à presença de características psicóticas e ao estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são apenas indicadas se os critérios completos para episódio maníaco ou depressivo major estiverem preenchidos no momento. Os especificadores de remissão são apenas indicados se os critérios completos para episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo major não estiverem preenchidos. Os códigos são os seguintes:

Perturbação bipolar I	Episódio maníaco atual ou mais recente	Episódio hipomaníaco atual ou mais recente*	Episódio depressivo atual ou mais recente	Episódio não especificado atual ou mais recente**
Ligeiro (p. 181)	296.41 (F31.11)	NA	296.51 (F31.31)	NA
Moderado (p.181)	296.42 (F31.12)	NA	296.52 (F31.32)	NA
Grave (p.181)	296.43 (F31.13)	NA	296.53 (F31.4)	NA
Com características psicóticas*** (p. 179)	296.44 (F31.2)	NA	296.54 (F31.5)	NA
Em remissão parcial (p.181)	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	NA
Em remissão completa (p. 181)	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	NA
Não especificada	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	NA

* Especificadores de gravidade e psicóticos não se aplicam; código 296.40 (F31.0) para casos que não estejam em remissão.
** Especificadores de gravidade, psicóticos e de remissão não se aplicam. Código 296.7 (F31.9).
*** Se estiverem presentes características psicóticas, codificar o especificador «com características psicóticas» independentemente da gravidade do episódio.

No registo do nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados pela ordem seguinte: perturbação bipolar I, tipo de episódio atual ou mais recente, especificadores de gravidade/psicóticos/ /remissão, seguidos por tantos especificadores sem código quanto os que se aplicam ao episódio atual ou mais recente.

Especificar se:

Com angústia ansiosa (p. 176)
Com características mistas (pp. 176-177)
Com ciclos rápidos (p. 177)

Com características melancólicas (p. 178)
Com características atípicas (pp. 178-179)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 179)
Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 179)
Com catatonia (p. 179). **Nota para codificação.** Use o código adicional **293.89 (F06.1)**
Com início no período periparto (pp. 179-180)
Com padrão sazonal (pp. 180-181)

Características de Diagnóstico

A característica essencial de um episódio maníaco é um período distinto durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia persistentemente aumentada que está presente a maior parte do dia, quase todos os dias, por um período de pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se necessária hospitalização), acompanhados por pelos menos 3 sintomas adicionais do Critério B. Se o humor é irritável em vez de elevado ou expansivo, pelo menos 4 sintomas do Critério B devem estar presentes.

Num episódio maníaco, o humor é com frequência descrito como eufórico, excessivamente alegre, elevado ou como «sentindo-se no topo do mundo». Nalguns casos, a qualidade do humor é de tal modo contagiante que é facilmente reconhecido como excessivo e pode ser caracterizado por um entusiasmo incessante e indiscriminado por interações interpessoais, sexuais ou ocupacionais. Por exemplo, o indivíduo pode espontaneamente iniciar longas conversas com estranhos em lugares públicos. Muitas vezes o humor predominante é irritável em vez de elevado, particularmente quando os desejos da pessoa são negados ou quando esta esteve a utilizar substâncias. Mudanças rápidas de humor em breves períodos de tempo podem ocorrer e são referidas como labilidade (isto é, a alternância entre euforia, disforia e irritabilidade). Em crianças, felicidade, tolice e «patetice» são normais no contexto de ocasiões especiais; no entanto, se estes sintomas são recorrentes, desapropriados no contexto e ultrapassam o que é expectável para o nível de desenvolvimento da criança, podem preencher o Critério A. Se a felicidade não é habitual para a criança (isto é, distinta do seu nível basal) e a alteração do humor ocorre ao mesmo tempo que sintomas que preenchem os Critérios B para mania, a certeza do diagnóstico aumenta; contudo, as alterações do humor devem ser acompanhadas por níveis de atividade ou de energia aumentados que são evidentes para aqueles que conhecem bem a criança.

Durante o episódio maníaco o indivíduo pode empreender múltiplos novos projetos sobrepostos. Os projetos são muitas vezes iniciados com pouco conhecimento acerca do assunto, e nada parece fora do alcance do indivíduo. Os níveis de atividade aumentados podem manifestar-se a horas do dia pouco habituais.

A autoestima está tipicamente aumentada, variando desde autoconfiança acrítica até grandiosidade marcada, podendo atingir proporções delirantes (Critério B1). Apesar de não ter qualquer experiência ou talento particulares, o indivíduo pode embarcar em tarefas complexas como escrever um romance ou procurar notoriedade através de uma invenção despropositada. As ideias delirantes de grandiosidade são comuns (por exemplo, ter uma relação especial com uma pessoa famosa). Nas crianças, a sobrestimação das capacidades ou a crença de que, por exemplo, são as melhores num dado desporto ou as mais inteligentes da turma são normais; contudo, quando tais crenças estão presentes, apesar de haver evidência clara do contrário,

quando as tentativas de realização de certas proezas são perigosas e, mais importante, quando representam uma alteração relativa ao comportamento normal da criança, devem considerar-se preenchidos os critérios de grandiosidade.

Uma das características mais comuns é a diminuição da necessidade de dormir (Critério B2) e é distinta da insónia, na qual o indivíduo quer dormir ou sente necessidade de dormir mas não é capaz. O indivíduo pode dormir pouco, se dormir de todo, ou pode acordar várias horas antes do habitual, sentindo-se descansado e cheio de energia. Quando a perturbação do sono é grave, o indivíduo pode passar dias sem dormir e, mesmo assim, não se sentir cansado. Muitas vezes, uma necessidade reduzida de dormir anuncia o início de um episódio maníaco.

O discurso pode ser rápido, com pressão, em tom alto e difícil de interromper (Critério B3). Estas pessoas podem falar de modo ininterrupto e sem tomarem em consideração os desejos de comunicar dos outros, muitas vezes de um modo intrusivo ou sem preocupação com a relevância do que dizem. O discurso é por vezes caracterizado por piadas, trocadilhos, jocosidades irrelevantes e teatralidade, com maneirismos dramáticos, canto e gesticulação excessiva. O tom elevado e a firmeza do discurso tornam-se muitas vezes mais importantes do que o conteúdo do que é transmitido. Se o humor do indivíduo for mais irritável do que expansivo, o discurso pode ser marcado por queixas, comentários hostis ou tiradas recriminatórias, sobretudo se são feitas tentativas para o interromper. Quer os sintomas do Critério A quer os do Critério B podem ser acompanhados por sintomas do pólo oposto (isto é, depressivo) (ver especificador «com características mistas», pp. 176-177).

Muitas vezes, os pensamentos do indivíduo correm a um ritmo mais rápido do que podem ser expressos através do discurso (Critério B4). Com frequência, existe fuga de ideias evidenciada por um fluxo quase contínuo do discurso acelerado com mudanças abruptas de um tópico para outro. Quando a fuga de ideias é grave, o discurso pode tornar-se desorganizado, incoerente e particularmente angustiante para o indivíduo. Algumas vezes, os pensamentos são experienciados como sendo de tal modo sobrepostos que se torna muito difícil falar.

A distratibilidade (Critério B5) é evidenciada pela incapacidade em censurar estímulos externos (por exemplo, a roupa do entrevistador, conversas ou barulhos irrelevantes à sua volta, a mobília da sala) e, muitas vezes, impede os indivíduos em mania de manter uma conversa racional ou de seguir instruções.

O aumento de atividades dirigidas a objetivos envolve muitas vezes o planeamento excessivo e a participação em múltiplas atividades, incluindo atividades sexuais, ocupacionais, políticas ou religiosas. Comportamento, fantasias e desejo sexual aumentado estão com frequência presentes. Indivíduos num episódio maníaco exibem em regra uma sociabilidade aumentada (por exemplo, rever amigos antigos ou telefonar ou contactar com amigos ou mesmo com estranhos), sem considerar a natureza intrusiva, dominadora e exigente dessas interações. Mostram muitas vezes agitação psicomotora ou inquietação (isto é, atividade sem propósito), andando de um lado para o outro ou mantendo múltiplas conversas em simultâneo. Alguns indivíduos escrevem cartas, *e-mails*, mensagens escritas em quantidade excessiva, sobre diversos assuntos diferentes, a amigos, figuras públicas ou aos órgãos de comunicação social.

Os critérios de atividade aumentada podem ser difíceis de verificar em crianças; contudo, quando uma criança inicia muitas tarefas simultaneamente, começa a idealizar planos elaborados e irrealistas para projetos, desenvolve preocupações sexuais previamente ausentes e desadequadas ao seu desenvolvimento (não considerar se abuso sexual ou exposição a material

sexual explícito), podem, baseados no julgamento clínico, ser preenchidos os Critérios B. É essencial determinar se o comportamento representa uma mudança no comportamento de base da criança; se ocorre na maior parte do dia, quase todos os dias para o período de tempo requerido; e se ocorre em associação temporal com outros sintomas de mania.

Humor expansivo, otimismo excessivo, grandiosidade e juízo crítico pobre levam frequentemente ao envolvimento imprudente em atividades como gastos imprudentes, doação de bens próprios, condução imprudente, investimentos negociais insensatos, promiscuidade sexual que não é habitual para o indivíduo, mesmo que essas atividades tenham provavelmente consequências catrastóficas (Critério B7). O indivíduo pode comprar muitos bens desnecessários sem dinheiro para os pagar e, nalguns casos, dá-las. O comportamento sexual fora do habitual pode incluir infidelidade ou encontros sexuais indiscriminados com estranhos, muitas vezes desconsiderando o risco de doenças sexualmente transmissíveis ou as consequências interpessoais.

O episódio maníaco tem de resultar em marcado défice no funcionamento social e ocupacional ou requerer hospitalização para prevenir danos ao próprio e para os outros (por exemplo, perdas financeiras, atividades ilegais, perda de emprego, comportamento autolesivo). Por definição, a presença de características psicóticas durante um episódio maníaco preenche também o Critério C.

Para o diagnóstico de perturbação bipolar I, não são considerados sintomas maníacos ou síndromes que sejam atribuíveis a efeitos fisiológicos de uma droga de abuso (por exemplo, no contexto de intoxicação por cocaína ou anfetaminas), os efeitos secundários de medicamentos ou tratamentos (por exemplo, esteroides, L-dopa, antidepressivos, estimulantes), ou a outra condição médica. Contudo, um episódio maníaco completo que surja durante o tratamento (por exemplo, com medicamentos, terapia electroconvulsiva, terapia pela luz) ou uso de drogas, e que persista para além dos efeitos fisiológicos do agente indutor (por exemplo, depois de a medicação estar completamente eliminada do organismo ou de os efeitos da terapia electroconvulsiva se terem dissipado completamente), é evidência suficiente para o diagnóstico de episódio maníaco (Critério D). Recomenda-se cautela uma vez que um ou dois sintomas não são considerados suficientes para o diagnóstico de episódio maníaco ou hipomaníaco (particularmente irritabilidade aumentada, irascibilidade ou agitação consequente ao uso de antidepressivos), nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar. Para estabelecer o diagnóstico de perturbação bipolar I é necessário o preenchimento dos critérios para episódio maníaco, mas não é um requisito ter episódios hipomaníaco ou depressivo. Contudo, estes podem preceder ou seguir um episódio maníaco. As descrições completas das características diagnósticas de um episódio hipomaníaco podem ser encontradas no texto sobre perturbação bipolar II e as características para um episódio depressivo major no texto para perturbação depressiva major.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Durante um episódio maníaco, os indivíduos, muitas vezes, não reconhecem que estão doentes ou com necessidade de tratamento e resistem veementemente aos esforços para serem tratados. Podem mudar a forma de vestir, a maquilhagem ou a aparência para se tornarem sexualmente mais atraentes ou vistosos. Alguns têm a perceção de olfato, audição ou visão mais apurados. O jogo e os comportamentos antissociais podem acompanhar o episódio maníaco. Alguns indivíduos podem tornar-se hostis ou fisicamente ameaçadores para os outros e, quando delirantes, podem ficar fisicamente agressivos ou com comportamentos

suicidas. As consequências catastróficas de um episódio maníaco (por exemplo, hospitalização involuntária, problemas legais, dificuldades financeiras graves) resultam muitas vezes de juízo crítico pobre, perda de *insight* e hiperatividade.

O humor pode mudar muito rapidamente para raiva ou depressão. Os sintomas depressivos podem ocorrer durante um episódio maníaco e, se presentes, podem durar momentos, horas ou, mais raramente, dias (ver especificador «com características mistas», pp. 176-177).

Prevalência

Nos EUA continentais, a prevalência estimada a 12 meses foi 0,6% para perturbação bipolar I, tal como definida no DSM-IV. Em 11 países, a prevalência a 12 meses de perturbação bipolar I variou de 0,0% a 0,6%. O rácio de prevalência masculino-feminino ao longo da vida é de cerca de 1,1:1.

Desenvolvimento e Curso

Na perturbação bipolar I, a idade média de início de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo major é cerca de 18 anos. Em crianças, para detetar o diagnóstico são necessá rias considerações especiais. Uma vez que crianças com a mesma idade cronológica podem estar em fases do desenvolvimento diferentes, é difícil definir com precisão o que é «normal» ou «expectável» numa dada altura. Assim, cada criança deve ser avaliada de acordo com o seu estado basal. O início ocorre ao longo do ciclo da vida, incluindo primeiros episódios na sétima e oitava décadas. O início de sintomas maníacos (por exemplo, desinibição sexual ou social) na meia-idade ou em idade avançada deve conduzir à imediata consideração de condições médicas (por exemplo, perturbação neurocognitiva frontotemporal) e da ingestão ou abstinência de substâncias.

Mais de 90% dos indivíduos que têm um episódio maníaco único irão ter episódios recorrentes de alterações do humor. Cerca de 60% dos episódios maníacos ocorrem imediatamente antes de um episódio depressivo major. Indivíduos com perturbação bipolar I que têm múltiplos (4 ou mais) episódios de humor (depressivo major, maníaco ou hipomaníaco) no período de 1 ano recebem o especificador «com ciclos rápidos».

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A perturbação bipolar é mais comum nos países com rendimentos elevados do que nos países com rendimentos baixos (1,4% *vs* 0,7%). Indivíduos separados, divorciados ou viúvos têm taxas mais elevadas de perturbação bipolar I do que indivíduos que sejam casados ou que nunca tenham sido casados, mas a associação não é clara.

Genéticos e fisiológicos. Uma história familiar de perturbação bipolar é um dos fatores de risco mais fortes e consistentes para perturbações bipolares. Há um risco médio 10 vezes maior entre adultos que sejam familiares de pessoas com perturbações bipolar I e bipolar II. A magnitude dos riscos aumenta com o grau de parentesco. É provável que a esquizofrenia e a perturbação bipolar partilhem uma origem genética, refletida na coagregação familiar de esquizofrenia e perturbação bipolar.

Modificadores do curso. Depois de um indivíduo ter um episódio maníaco com características psicóticas, é mais provável que os episódios maníacos subsequentes apresentem características psicóticas. A recuperação interepisódica incompleta é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por características psicóticas incongruentes com o humor.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existe pouca informação acerca de diferenças culturais específicas na expressão da perturbação bipolar I. Uma explicação possível para este facto pode ser a de que os instrumentos diagnósticos são muitas vezes traduzidos e aplicados em diferentes culturas sem que haja uma validação transcultural. Num estudo norte-americano, a prevalência a 12 meses de perturbação bipolar I era significativamente menor em afro-caribenhos do que em afro-americanos ou brancos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Os indivíduos do sexo feminino têm maior probabilidade de apresentar ciclos rápidos ou estados mistos e de ter padrões de comorbilidades que diferem dos do sexo masculino, incluindo taxas mais elevadas de perturbações alimentares ao longo da vida. Indivíduos do sexo feminino com perturbações bipolar I e bipolar II têm maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos do que os do sexo masculino. Elas têm também um risco maior ao longo da vida de perturbação de uso de álcool do que os homens e uma muito maior probabilidade de perturbação de uso de álcool do que as mulheres na população geral.

Risco de Suicídio

Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida entre pessoas com perturbação bipolar seja pelo menos 15 vezes superior ao do da população geral. De facto, a perturbação bipolar pode ser responsável por um quarto de todos os suicídios consumados. Uma história pregressa de tentativa de suicídio e a percentagem de dias gastos com depressão no ano anterior estão associados a um risco maior de tentativas de suicídio e suicídio consumado.

Consequências Funcionais da Perturbação Bipolar I

Embora muitas pessoas com perturbação bipolar retomem um estado funcional pleno entre os episódios, cerca de 30% mostram uma deficiência grave no trabalho. A recuperação funcional fica muito aquém da recuperação dos sintomas, em particular da recuperação ocupacional, resultando em estatutos socioeconómicos mais baixos quando comparados com a população em geral e apesar de habilitações literárias equivalentes. Pessoas com perturbação bipolar I têm resultados mais baixos em testes cognitivos do que pessoas saudáveis. Os défices cognitivos podem contribuir para dificuldades vocacionais e interpessoais e persistirem ao longo da vida, mesmo durante períodos eutímicos.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação depressiva major. A perturbação depressiva major também pode ser acompanhada por sintomas hipomaníacos e maníacos (isto é, menos sintomas ou com duração inferior à requerida para mania ou hipomania). Quando uma pessoa se apresenta com um episódio de depressão major, o diagnóstico de perturbação bipolar deve depender da história confirmatória de episódios maníacos ou hipomaníacos passados. Sintomas de irritabilidade podem estar associados quer a perturbação depressiva major quer a perturbação bipolar, o que acrescenta complexidade ao diagnóstico.

Outras perturbações bipolares. O diagnóstico de perturbação bipolar I diferencia-se do da perturbação bipolar II pela determinação da existência de episódios de mania no passado. Perturbações bipolares com outra especificação ou não especificada e perturbações

relacionadas devem ser diferenciadas das perturbações bipolar I e bipolar II, tendo em conta que quer os episódios envolvendo sintomas hipomaníacos ou maníacos, quer os episódios com sintomas depressivos não preenchem os critérios completos para essas condições.

A perturbação bipolar secundária a outra condição médica pode ser distinguida das perturbações bipolar I e bipolar II pela identificação, baseada na melhor evidência clínica, de uma condição médica causal relacionada.

Perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação de stress pós-traumático ou outras perturbações de ansiedade. Estas perturbações precisam de ser consideradas no diagnóstico diferencial quer como perturbações primárias quer, nalguns casos, como perturbação comórbida. Uma história cuidadosa dos sintomas é necessária para distinguir a perturbação de ansiedade generalizada da perturbação bipolar, uma vez que ruminações ansiosas podem ser confundidas com pensamento acelerado e esforços para minimizar sentimentos de ansiedade podem ser tomados como comportamento impulsivo. De forma semelhante, sintomas de perturbação de stress pós-traumático precisam de ser distinguidos da perturbação bipolar. Na elaboração do diagnóstico diferencial, é útil a avaliação da natureza do episódio dos sintomas descritos, bem como dos seus desencadeantes.

Perturbação bipolar induzida por substância/medicamento. As perturbações de uso de substâncias podem manifestar-se com sintomas maníacos que devem ser distinguidos da perturbação bipolar I; a resposta a estabilizadores do humor durante a mania induzida por substância/medicamento pode não ser necessariamente diagnóstica para perturbação bipolar. Em virtude da tendência de algumas pessoas com perturbação bipolar para o abuso de substâncias durante um episódio, poderá existir uma sobreposição substancial destes diagnósticos. O diagnóstico primário de perturbação bipolar deve ser estabelecido baseado na persistência de sintomas depois de as substâncias deixarem de ser usadas.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Esta perturbação pode ser confundida com a perturbação bipolar, sobretudo nos adolescentes e crianças. Muitos sintomas podem sobrepor-se aos sintomas maníacos, tais como discurso rápido, pensamento acelerado, distratibilidade e menor necessidade de dormir. A dupla contagem de sintomas quer para a PHDA, quer para a perturbação bipolar pode ser evitada se o clínico clarificar se o(s) sintoma(s) representa(m) um episódio distinto.

Perturbações da personalidade. Perturbações da personalidade como a perturbação estado-limite da personalidade podem apresentar sobreposições sintomáticas substanciais com as perturbações bipolares, uma vez que a labilidade do humor e a impulsividade são comuns em ambas as condições. Os sintomas podem representar um episódio distinto e evidente aumento do nível de base requerido para o diagnóstico de perturbação bipolar deve estar presente. O diagnóstico de perturbação da personalidade não deve ser feito durante um episódio do humor não tratado.

Perturbações com irritabilidade proeminente. Em indivíduos com irritabilidade grave, em particular crianças e adolescentes, deve ter-se precaução ao aplicar o diagnóstico de perturbação bipolar apenas àqueles que tiveram um claro episódio de mania ou hipomania – isto é, um período de tempo distinto, com a duração requerida, durante o qual a irritabilidade foi claramente diferente da que é habitual na pessoa e que foi acompanhada pelo início dos sintomas do Critério B. Quando a irritabilidade da criança é persistente e particularmente grave, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo será mais

apropriado. De facto, quando qualquer criança estiver a ser avaliada para mania, é essencial que os sintomas representem uma clara alteração do seu comportamento habitual.

Comorbilidades

A coocorrência de perturbações mentais é comum, sendo que as perturbações mais frequentes são qualquer uma das perturbações de ansiedade (por exemplo, ataques de pânico, perturbação de ansiedade social [fobia social], fobias específicas), ocorrendo em cerca de três quartos dos indivíduos; PHDA, qualquer perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos ou do comportamento (por exemplo, perturbação explosiva intermitente, perturbação desafiante de oposição, perturbação do comportamento) e qualquer perturbação de uso de substâncias (por exemplo, perturbação de uso de álcool) ocorre em mais de metade dos indivíduos com perturbação bipolar I. Adultos com perturbação bipolar I têm elevadas taxas de condições médicas comórbidas graves e/ou não tratadas. A síndrome metabólica e a enxaqueca são mais comuns entre os indivíduos com perturbação bipolar do que na população geral. Mais de metade daqueles cujos sintomas preenchem critérios para perturbação bipolar têm perturbação de uso de álcool e os que apresentam ambas as perturbações estão em maior risco para tentativa de suicídio.

Perturbação Bipolar II

Critérios de Diagnóstico 296.89 (F31.81)

Para o diagnóstico de perturbação bipolar II é necessário o preenchimento dos seguintes critérios para episódio hipomaníaco atual ou passado e dos seguintes critérios para episódio depressivo major atual ou passado:

Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade, persistem 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável), representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:
   1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
   2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de somente 3 horas de sono).
   3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
   5. Distratibilidade (isto é, a atenção é com facilidade desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.
   6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora.
   7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).

C. O episódio está associado com uma mudança inequívoca do funcionamento que não é característica da pessoa quando não está sintomática.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.
E. O episódio não é suficientemente grave para provocar um défice marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.
F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento).

Nota. Um episódio hipomaníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para o diagnóstico de episódio hipomaníaco. Contudo, recomenda-se precaução, uma vez que 1 ou 2 sintomas (em particular irritabilidade aumentada, irascibilidade, ou agitação consequente ao uso de antidepressivos) não são considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Episódio Depressivo Major

A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do interesse ou do prazer.

Nota. Não incluir os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio, ou desesperançado) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (**Nota.** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável.)
2. Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação).
3. Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota.** Em crianças deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso.)
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
5. Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros; não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).
8. Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato subjetivo, ou pela observação pelos outros).
9. Pensamentos recorrentes acerca da morte (não apenas acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota. Os critérios A–C constituem um episódio depressivo major. Episódios depressivos major são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Nota. Respostas a uma perda significativa (por exemplo, luto, ruína financeira, perdas consequentes a um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, apetite fraco e perda de peso referidos no Critério A, o que pode assemelhar se a um episódio depressivo. Embora alguns sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo major sobreposto a uma resposta normal a uma perda significativa deve, também, ser ponderada com cuidado. Esta decisão requer, inevitavelmente, o exercício do julgamento clínico baseado na história da pessoa e nas normas culturais para a expressão de angústia no contexto da perda[2].

Perturbação Bipolar II

A. Preenchimento de critérios para pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A-F do «Episódio Hipomaníaco» supramencionado) e pelo menos um episódio depressivo major (Critérios A-C do «Episódio Depressivo Major» supramencionado).
B. Inexistência de episódio maníaco prévio.
C. A ocorrência do(s) episódio(s) hipomaníaco(s) e depressivo(s) major não é mais bem explicada por perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, ou outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou outra perturbação psicótica.
D. Os sintomas da depressão ou a imprevisibilidade causada pela alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Procedimentos de codificação e de registo

A perturbação bipolar II tem um código de diagnóstico: **296.89 (F31.81)**. O seu estatuto no que respeita à gravidade atual, presença de sintomas psicóticos, curso e outros especificadores não pode ser codificado, mas deve ser indicado nos registos escritos (por exemplo, **296.89 [F31.81]** perturbação bipolar II, episódio atual depressivo, gravidade moderada, com características mistas; **296.89 [F31.81]** perturbação bipolar II, episódio mais recente depressivo, em remissão parcial).

Especificar o episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco
Depressivo

[2] Na distinção entre luto e episódio depressivo major (EDM), é útil considerar que no luto o sentimento predominante é o de vazio e de perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de sentir alegria ou prazer. É provável que a disforia no luto diminua de intensidade ao longo de dias a semanas e que ocorra por vagas, as chamadas pontadas de dor. Estas vagas tendem a estar associadas com pensamentos e recordações do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está vinculado a pensamentos específicos ou preocupações. A dor no luto pode ser acompanhada por emoções positivas e humor que são incaracterísticos da infelicidade penetrante e miserabilismo característicos de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto é geralmente caracterizado por pensamentos e memórias do falecido, mais do que as ruminações autocríticas ou pessimistas observadas num EDM. No luto, a autoestima está em geral preservada, enquanto no EDM são comuns sentimentos de inutilidade e de inferioridade. Se a ideação autodepreciativa está presente no luto, ela tipicamente envolve falhas sentidas em relação ao falecido (por exemplo, não o ter visitado com a frequência suficiente, não lhe ter dito quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e em morrer, tais pensamentos são geralmente centrados no falecido e na possibilidade de se lhe «juntar», enquanto no EDM tais pensamentos estão focados em terminar a sua própria vida devido ao sentimento de inutilidade, desmerecimento da vida, ou incapacidade para lidar com a dor da depressão.

Especificar se:

Com angústia ansiosa (p. 176)

Com características mistas (p. 176-177)

Com ciclos rápidos (p. 177)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 178)

Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 179)

Com catatonia (p. 179). **Nota para codificação.** Use o código adicional **293.89 (F06.1)**

Com início no período periparto (pp. 179-180)

Com padrão sazonal (pp. 180-181). Aplicar apenas ao padrão de episódios depressivos major.

Especificar o curso se os critérios completos para episódio do humor não estão atualmente preenchidos:

Em remissão parcial (p. 181)

Em remissão completa (p. 181)

Especificar a gravidade se os critérios completos para episódio do humor estão atualmente preenchidos:

Ligeiro (p. 181)

Moderado (p. 181)

Grave (p. 181)

Características de Diagnóstico

A perturbação bipolar II é caracterizada por um curso clínico de episódios recorrentes do humor que consiste em 1 ou mais episódios depressivos major (Critérios A C do «Episódio Depressivo Major») e pelo menos 1 episódio hipomaníaco (Critérios A-F do «Episódio Hipomaníaco»). O episódio depressivo major deve durar pelo menos 2 semanas e o episódio hipomaníaco deve durar pelo menos 4 dias, de modo a que se preencham os critérios de diagnóstico. Durante o(s) episódio(s) do humor, o número de sintomas requeridos deve estar presente durante a maior parte do dia, quase todos os dias, e representar uma considerável mudança do comportamento e funcionamento habituais. A presença de um episódio maníaco durante o curso da doença impede o diagnóstico de perturbação bipolar II (Critério B da «Perturbação Bipolar II»). Episódios de perturbação depressiva induzida por substância/medicamento ou perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas (representando os efeitos fisiológicos da medicação, outros tratamentos somáticos para a depressão, drogas de abuso ou exposição a toxina) ou perturbação depressiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica ou perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica não são considerados para o diagnóstico de perturbação bipolar II a não ser que persistam para além dos efeitos fisiológicos do tratamento ou da substância e depois preencham critérios de duração para um episódio. Além disso, os episódios não são mais bem explicados pela perturbação esquizoafectiva e não se sobrepõem a esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica (Critério C da «Perturbação Bipolar II»). Os episódios depressivos ou as flutuações hipomaníacas devem causar mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério D da «Perturbação Bipolar II»); contudo, para episódios hipomaníacos, este requisito não tem de ser preenchido. Um

episódio hipomaníaco que cause défice significativo qualificaria provavelmente para o diagnóstico de episódio maníaco e, consequentemente, para um diagnóstico de perturbação bipolar I. Muitas vezes, episódios depressivos recorrentes são mais frequentes e longos do que aqueles que ocorrem na perturbação bipolar I.

Tipicamente, pessoas com perturbação bipolar II recorrem ao clínico durante um episódio depressivo major e é improvável que se queixem de início de hipomania. Em regra, os próprios episódios hipomaníacos não causam défice. Pelo contrário, o défice resulta de episódios depressivos major ou de um padrão persistente de alterações imprevisíveis do humor e de um funcionamento flutuante, instabilidade interpessoal ou ocupacional. Indivíduos com perturbação bipolar II podem não encarar os episódios hipomaníacos como patológicos ou desvantajosos, embora outros possam ser incomodados pelo seu comportamento errático. No estabelecimento do diagnóstico de perturbação bipolar II, é muitas vezes útil a informação clínica obtida a partir de outros informadores, tais como amigos próximos ou familiares.

Um episódio hipomaníaco não deve ser confundido com os vários dias de eutimia e energia ou atividade recuperadas que podem seguir-se à remissão de um episódio depressivo major. Apesar das diferenças substanciais na duração e gravidade entre os episódios maníaco e hipomaníaco, a perturbação bipolar II não é uma «forma ligeira» da perturbação bipolar I. Comparados com indivíduos com perturbação bipolar tipo I, os indivíduos com perturbação bipolar II têm maior cronicidade da doença e consomem, em média, mais tempo na fase depressiva da sua doença, que pode ser grave e/ou incapacitante. Os sintomas depressivos que coocorrem com um episódio hipomaníaco ou sintomas maníacos que coocorrem com um episódio depressivo são comuns em pessoas com perturbação bipolar II e são mais frequentes no sexo feminino, particularmente hipomania com características mistas. Indivíduos com hipomania com características mistas podem não rotular os seus sintomas como hipomania, mas experienciá-los como depressão com aumento da energia ou irritabilidade.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A impulsividade é uma característica comum da perturbação bipolar II, a qual pode contribuir para tentativas de suicídio e perturbações de uso de substâncias. A impulsividade pode também provir de uma concomitante perturbação da personalidade, perturbação de uso de substâncias, perturbação de ansiedade, outra perturbação mental ou de uma condição médica. Nalgumas pessoas com perturbação bipolar podem existir níveis aumentados de criatividade. No entanto, a sua relação pode não ser linear, isto é, grandes feitos criativos ao longo da vida foram associados a formas ligeiras de perturbação bipolar e uma criatividade elevada foi encontrada em familiares não afetados. A ligação que a pessoa estabelece com uma criatividade aumentada durante os episódios hipomaníacos pode contribuir para uma ambivalência sobre a procura de tratamento ou enfraquecer a adesão ao tratamento.

Prevalência

Internacionalmente, a prevalência a 12 meses da perturbação bipolar II é 0,3%. Nos EUA, a prevalência a 12 meses é 0,8%. A taxa de prevalência da perturbação bipolar II pediátrica é difícil de estabelecer. A partir dos critérios do DSM-IV, as perturbações bipolar I, bipolar II e perturbação bipolar não especificada têm uma taxa de prevalência combinada de 1,8% em amostras dos EUA e de comunidades não americanas, verificando-se taxas mais elevadas (2,7% inclusive) em jovens com 12 ou mais anos.

Desenvolvimento e Curso

Embora a perturbação bipolar possa ter início no final da adolescência e ao longo da vida adulta, a idade média de início é a meio da terceira década, o que é ligeiramente mais tardio do que na perturbação bipolar I, mas mais precoce do que na perturbação depressiva major. A doença inicia se, muitas vezes, com um episódio depressivo e não é reconhecida como perturbação bipolar II até que ocorra um episódio hipomaníaco; isto acontece em cerca de 12% dos indivíduos com o diagnóstico de perturbação depressiva major. Ansiedade, uso de substâncias ou perturbações alimentares também podem preceder o diagnóstico, complicando a sua deteção. Muitos indivíduos têm diversos episódios de depressão major antes do primeiro episódio hipomaníaco reconhecido.

O número de episódios ao longo da vida (quer episódios hipomaníacos quer depressivos major) tende a ser mais elevado na perturbação bipolar II do que nas perturbações depressiva major e bipolar I. Contudo, indivíduos com perturbação bipolar I têm maior probabilidade de ter sintomas hipomaníacos do que as pessoas com perturbação bipolar II. O intervalo entre episódios do humor no curso da perturbação bipolar II tende a diminuir à medida que as pessoas envelhecem. Apesar de o episódio hipomaníaco ser a característica que define a perturbação bipolar II, são os episódios depressivos que são mais duradouros e incapacitantes. Embora haja predomínio da depressão, uma vez ocorrido um episódio hipomaníaco, estabelece-se o diagnóstico de perturbação bipolar II e este nunca reverte para perturbação depressiva major.

Cerca de 5%-15% dos indivíduos com perturbação bipolar II têm múltiplos (4 ou mais) episódios do humor (hipomaníaco ou depressivo major) nos 12 meses anteriores. Verificando-se este padrão, aplica-se o especificador «com ciclos rápidos». Por definição, durante um episódio hipomaníaco não ocorrem sintomas psicóticos e estes parecem ser menos frequentes nos episódios depressivos major na perturbação bipolar II do que na perturbação bipolar I.

A viragem de episódio depressivo para episódio maníaco ou hipomaníaco (com ou sem características mistas) pode ocorrer quer de forma espontânea quer durante o tratamento para a depressão. Cerca de 5%-15% das pessoas com perturbação bipolar II acabam por desenvolver um episódio maníaco, o que, independentemente da evolução subsequente, altera o diagnóstico para perturbação bipolar I.

A realização deste diagnóstico em crianças é muitas vezes um desafio, em particular nas com irritabilidade e hiperexcitação que é *não episódica* (isto é, não possui os períodos de alteração do humor bem demarcados). A irritabilidade não episódica no jovem está associada a um elevado risco na idade adulta de perturbações de ansiedade e perturbação depressiva major, mas não de perturbação bipolar. Jovens persistentemente irritáveis têm menores taxas familiares de perturbação bipolar do que jovens que têm perturbação bipolar. Para um episódio hipomaníaco ser diagnosticado, os sintomas da criança devem exceder o que é expectável num dado ambiente e cultura para a sua fase de desenvolvimento. Comparativamente com o início da perturbação bipolar II na idade adulta, o início da perturbação na infância e adolescência pode estar associado a uma gravidade maior ao longo do curso da doença. A taxa de incidência a 3 anos de início da perturbação bipolar II em adultos com mais de 60 anos é 0,34%. Contudo, não parece ter qualquer utilidade clínica a distinção entre idade de início tardia *versus* precoce em pessoas com mais de 60 anos com perturbação bipolar.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Ao contrário do que sucede nos indivíduos com perturbação bipolar I ou perturbação depressiva major, o risco para perturbação bipolar II é mais elevado entre os familiares dos com perturbação bipolar II. A idade de início das perturbações bipolares pode ser influenciada por fatores genéticos.

Modificadores do curso. Um padrão de ciclos rápidos está associado a um pior prognóstico. O regresso a níveis prévios de funcionalidade social em indivíduos com perturbação bipolar II é mais provável em pessoas de idade jovem e com depressão menos grave, o que sugere efeitos adversos da doença prolongada na recuperação. Maiores habilitações, menos anos de doença e ser casado são fatores independentes associados a recuperação funcional em indivíduos com perturbação bipolar, mesmo depois de ter em conta o tipo de diagnóstico (I vs. II), sintomas depressivos atuais e a presença de comorbilidades psiquiátricas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Enquanto a razão entre géneros para perturbação bipolar I é equilibrada, os achados nas diferenças de género na perturbação bipolar II são variáveis, diferindo consoante o tipo de amostra (isto é, registos da comunidade ou clínicos) e o país de origem. Há pouca ou nenhuma evidência de diferenças de género na perturbação bipolar, mas nalgumas amostras clínicas, embora não todas, sugerem que a perturbação bipolar II é mais comum no sexo feminino do que no masculino, o que pode refletir diferenças de género na procura de tratamento ou de outros fatores.

Contudo, os padrões de doença e comorbilidade parecem diferir com o género, com o sexo feminino a ter maior probabilidade do que o masculino de relatar hipomania com características depressivas mistas e um curso com ciclos rápidos. O parto pode ser um desencadeante específico para um episódio hipomaníaco, o qual pode ocorrer em 10%-20% das mulheres em populações não clínicas e mais tipicamente no período pós-parto inicial. Distinguir hipomania da elação do humor e sono reduzido que normalmente acompanham o nascimento de uma criança pode ser um desafio. A hipomania pós-parto pode prenunciar o início da depressão que ocorre em cerca de metade das mulheres que têm «euforias» pós-parto. A deteção precisa de perturbação bipolar II pode ajudar ao estabelecimento do tratamento adequado da depressão, o que pode por sua vez reduzir o risco de suicídio e infanticídio.

Risco de Suicídio

Na perturbação bipolar II o risco de suicídio é elevado. Cerca de um terço dos indivíduos com perturbação bipolar II relatam história de tentativa de suicídio ao longo da vida. A taxa de prevalência ao longo da vida de tentativa de suicídio nas perturbações bipolar II e bipolar I parecem ser semelhantes (32,4% e 36,3%, respetivamente). No entanto, a letalidade das tentativas, definida como uma razão baixa entre tentativas de suicídio e suicídios consumados, pode ser mais elevada em indivíduos com perturbação bipolar II do que nos com perturbação bipolar I. Poderá existir uma associação entre marcadores genéticos e risco aumentado para comportamento suicidário em indivíduos com perturbação bipolar, incluindo um risco de suicídio 6,5 vezes superior entre familiares do 1.º grau de probandos bipolares II comparados com aqueles com perturbação bipolar I.

Consequências Funcionais da Perturbação Bipolar II

Embora muitos indivíduos com perturbação bipolar II regressem, entre os episódios do humor, a níveis de funcionalidade completa, pelo menos 15% continuam a ter alguma disfunção interepisódica e 20% transitam diretamente para um novo episódio de humor sem recuperação interepisódica. A recuperação funcional fica muito aquém da recuperação dos sintomas da perturbação bipolar II, sobretudo no que respeita à recuperação ocupacional, resultando em estatutos socioeconómicos mais baixos quando comparados com a população geral apesar de habilitações literárias equivalentes. Indivíduos com perturbação bipolar II têm pior desempenho em testes cognitivos do que indivíduos saudáveis e, com exceção da memória e fluência semântica, têm deficiência cognitiva semelhante à que se verifica em indivíduos com perturbação bipolar I. Défices cognitivos associados à perturbação bipolar II podem contribuir para dificuldades vocacionais. Em indivíduos com perturbação bipolar II, o desemprego prolongado está associado a mais episódios de depressão, idade mais avançada, taxas aumentadas de perturbação de pânico atual e de história ao longo da vida de perturbação de uso de álcool.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação depressiva major. A perturbação depressiva major é talvez o diagnóstico diferencial mais desafiante a considerar, podendo ser acompanhado por sintomas hipomaníacos ou maníacos que não preenchem os critérios completos (isto é, menos sintomas ou uma menor duração do que a requerida para um episódio hipomaníaco). Isto é especialmente verdade na avaliação de doentes com sintomas de irritabilidade, os quais podem estar associados a ambas as perturbações, depressiva major e bipolar II.

Perturbação ciclotímica. Na perturbação ciclotímica, há numerosos períodos de sintomas quer hipomaníacos quer depressivos que não preenchem os critérios de sintomas ou de duração para um episódio de depressão major. A perturbação bipolar II distingue-se da perturbação ciclotímica pela presença de um ou mais episódios depressivos major. Se um episódio depressivo major ocorre depois dos primeiros 2 anos da perturbação ciclotímica, atribui-se o diagnóstico adicional de perturbação bipolar II.

Perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas relacionadas. A perturbação bipolar II deve ser distinguida das perturbações psicóticas (por exemplo, perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia e perturbação delirante). Esquizofrenia, perturbação esquizoafectiva e perturbação delirante são todas caracterizadas por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas proeminentes do humor. Outras considerações úteis incluem os sintomas acompanhantes, curso prévio e história familiar.

Perturbação de pânico e outras perturbações de ansiedade. As perturbações de ansiedade precisam de ser consideradas no diagnóstico diferencial e podem estar frequentemente associadas a perturbações concomitantes.

Perturbações de uso de substâncias. As perturbações de uso de substâncias estão incluídas no diagnóstico diferencial.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. A perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) pode ser erradamente diagnosticada como perturbação bipolar II, sobretudo em adolescentes e crianças. Muitos sintomas da PHDA, por exemplo, discurso rápido, pensamento acelerado, distratibilidade e menor necessidade de dormir, sobrepõem-se aos sintomas de hipomania. A dupla contagem de sintomas, quer para a PHDA quer para a

perturbação bipolar II, pode ser evitada se o clínico clarificar se os sintomas representam um episódio distinto e se estão presentes com o aumento notório e acima do nível de base que é requerido para que se estabeleça o diagnóstico de perturbação bipolar II.

Perturbações da personalidade. Quando se avalia um indivíduo para uma perturbação da personalidade, tal como a perturbação estado-limite da personalidade, aplica-se o mesmo princípio da PHDA, uma vez que a labilidade do humor e a impulsividade são comuns para ambas as perturbações da personalidade e bipolar II. Os sintomas devem representar um episódio distinto e deve haver um notório aumento acima do nível de base requerido para o diagnóstico de perturbação bipolar II. A menos que a história de vida suporte a sua presença, o diagnóstico de perturbação da personalidade não deve ser estabelecido durante um episódio do humor não tratado.

Outras perturbações bipolares. O diagnóstico de perturbação bipolar II deve ser distinguido do da perturbação bipolar I pela ponderação cuidada da existência de episódios passados de mania e de perturbações bipolares com outra especificação ou não especificada e perturbações relacionadas, confirmando a presença sindromática completa de hipomania e depressão.

Comorbilidades

A perturbação bipolar II está mais vezes associada do que não associada a uma ou mais perturbações mentais concomitantes, sendo as perturbações de ansiedade as mais comuns. Aproximadamente 60% das pessoas com perturbação bipolar II têm 3 ou mais perturbações mentais concomitantes; 75% têm 1 perturbação de ansiedade; e 37% têm 1 perturbação de uso de substâncias. Crianças e adolescentes com perturbação bipolar II têm um taxa mais elevada de perturbações de ansiedade concomitantes, sendo que a perturbação de ansiedade é muitas vezes prévia à perturbação bipolar. As perturbações de ansiedade e do uso de substâncias ocorrem em indivíduos com perturbação bipolar II numa taxa mais elevada do que na população geral. Cerca de 14% dos indivíduos com perturbação bipolar II têm pelo menos uma perturbação alimentar ao longo da vida, sendo a perturbação de ingestão alimentar compulsiva mais comum do que a bulimia nervosa ou a anorexia nervosa.

Estas perturbações com frequência concomitantes não parecem seguir o curso de doença particularmente independente do da perturbação bipolar, parecem antes ter fortes associações a estados do humor. Por exemplo, as perturbações de ansiedade e da alimentação e ingestão tendem a associar-se mais com sintomas depressivos e as perturbações de uso de substâncias estão moderadamente associadas a sintomas maníacos.

Perturbação Ciclotímica

Critérios de Diagnóstico 301.13 (F34.0)

A. Durante pelo menos 2 anos (pelo menos 1 ano se crianças ou adolescentes), existiram numerosos períodos com sintomas hipomaníacos que não preencheram critérios para um episódio hipomaníaco e numerosos períodos com sintomas depressivos que não preencheram critérios para episódio depressivo major.

B. Durante esse período de 2 anos (1 ano para crianças e adolescentes), os períodos hipomaníaco e depressivo estiveram presentes pelo menos metade do tempo e o indivíduo não esteve sem sintomas por mais de 2 meses seguidos.

C. Nunca estiveram preenchidos os critérios para episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco.
D. Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por uma perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica .
E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo).
F. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Com angústia ansiosa (ver p. 176)

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação ciclotímica é a alteração crónica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e sintomas depressivos que são distintos entre si (Critério A). Os sintomas hipomaníacos são insuficientes em número, gravidade, invasividade, ou duração para preencher os critérios completos para episódio hipomaníaco e os sintomas depressivos são insuficientes em número, gravidade, invasividade ou duração para preencher os critérios completos para episódio depressivo major. Durante o período inicial de 2 anos (1 ano em crianças e adolescentes), os sintomas devem ser persistentes (presentes mais dias do que ausentes) e qualquer intervalo livre de sintomas não deve durar mais de 2 meses (Critério B). O diagnóstico de perturbação ciclotímica é feito apenas se os critérios para episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco nunca tiverem sido preenchidos (Critério C).

Se um indivíduo com perturbação ciclotímica experiencia subsequentemente (isto é, depois de um período inicial de 2 anos nos adultos ou de 1 ano em crianças e adolescentes) um episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico altera-se para perturbação depressiva major, perturbação bipolar I ou perturbação bipolar com outra especificação ou não especificada e perturbações relacionadas (subclassificada como episódio hipomaníaco em episódio depressivo major prévio), respetivamente, e é abandonado o diagnóstico de perturbação ciclotímica.

O diagnóstico de perturbação ciclotímica não é feito se o padrão de alteração do humor é mais bem explicado pela perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica (Critério D), sendo os sintomas considerados, em cada caso, características associadas à perturbação psicótica. A alteração do humor deve também não ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou de outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo) (Critério E). Embora algumas pessoas possam fun cionar particularmente bem durante alguns períodos de hipomania, ao longo do curso da doença deverá haver alterações clinicamente significativas ou incapacidade no funcionamento social e ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento como resultado da alteração do humor (Critério F). A incapacidade pode desenvolver-se como resultado de períodos prolongados de alterações do humor cíclicas, muitas vezes imprevisíveis (por

exemplo, o indivíduo pode ser encarado como temperamental, mal-humorado, imprevisível, inconsistente ou instável).

Prevalência

A prevalência ao longo da vida de perturbação ciclotímica é aproximadamente 0,4%-1%. Na população de clínicas para perturbações do humor, a prevalência de perturbações do humor varia entre 3% e 5%. Na população geral, aparentemente a perturbação ciclotímica é igualmente comum nos sexos masculino e feminino. Em contextos clínicos, mulheres com perturbação ciclotímica têm maior probabilidade do que os homens de se apresentarem para tratamento.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação ciclotímica inicia-se, em regra, na adolescência ou no início da idade adulta e é por vezes considerada como refletindo uma predisposição temperamental para outras perturbações apresentadas neste capítulo. A perturbação ciclotímica tem em regra um início insidioso e um curso crónico. Há um risco de 15%-50% de um indivíduo com perturbação ciclotímica desenvolver subsequentemente uma perturbação bipolar I ou bipolar II. Na idade adulta tardia, antes de o diagnóstico de perturbação ciclotímica ser estabelecido, o início de sintomas hipomaníacos e depressivos flutuantes e persistentes precisa de ser claramente distinguido da perturbação bipolar secundária a outra condição médica ou relacionada e da perturbação depressiva secundária a outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla). Entre crianças com perturbação ciclotómica, a idade média de início dos sintomas é 6,5 anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. As perturbações depressiva major, bipolar I e bipolar II são mais comuns entre familiares biológicos de primeiro grau de indivíduos com perturbação ciclotímica do que na população geral. Também pode existir um risco familiar aumentado de perturbações relacionadas com substâncias. A perturbação ciclotímica pode ser mais comum em familiares biológicos de primeiro grau de indivíduos com perturbação bipolar I do que na população geral.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação bipolar devida a outra condição médica e perturbações relacionadas e perturbação depressiva devida a outra condição médica. O diagnóstico de perturbação bipolar devida a outra condição médica ou perturbações relacionadas ou perturbação depressiva devida a outra condição médica é feito quando a alteração do humor é interpretada como sendo atribuível a um efeito fisiológico de uma condição médica específica, em regra crónica (por exemplo, hipertiroidismo). Esta determinação é feita com base na história, exame físico ou dados laboratoriais. Se se conclui que os sintomas hipomaníacos e depressivos não são uma consequência fisiológica de uma condição médica, então codificam-se a perturbação mental primária (isto é, perturbação ciclotímica) e a condição médica. Por exemplo, este pode ser o caso se os sintomas de humor são considerados como sendo a consequência psicológica (não a fisiológica) de ter uma condição médica crónica, ou se não há uma relação etiológica entre os sintomas hipomaníacos e depressivos e a condição médica.

Perturbação bipolar induzida por substância/medicamento ou perturbações relacionadas e perturbação depressiva induzida por substância/medicamento. A perturbação bipolar indu-

zida por substância/medicamento ou perturbações relacionadas e a perturbação depressiva induzida por substância/medicamento são distinguidas da perturbação ciclotímica pelo juízo de que a substância/medicamento (sobretudo estimulantes) está etiologicamente relacionada com a perturbação do humor. As mudanças frequentes do humor nestas perturbações que são sugestivas de perturbação ciclotímica em regra resolvem após cessação do uso da substância/medicamento.

Perturbação bipolar I, com ciclos rápidos, e perturbação bipolar II, com ciclos rápidos. Ambas as perturbações podem assemelhar-se a perturbação ciclotímica em virtude das marcadas mudanças frequentes do humor. Por definição, na perturbação ciclotímica os critérios para episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco nunca foram preenchidos, visto que nas perturbações bipolar I e bipolar II o especificador «com ciclos rápidos» requer que estejam presentes episódios completos do humor.

Perturbação estado-limite da personalidade. A perturbação estado-limite da personalidade está associada a marcadas mudanças no humor que podem sugerir uma perturbação ciclotímica. Se os critérios estão preenchidos para ambas as perturbações, quer a perturbação estado-limite da personalidade quer a perturbação ciclotímica podem ser diagnosticadas.

Comorbilidades

Na perturbação ciclotímica, as perturbações relacionadas com substâncias e perturbações do sono (isto é, dificuldades em iniciar e manter o sono) podem estar presentes. A maioria das crianças com perturbação ciclotímica tratadas em contexto de psiquiatria ambulatória têm condições mentais comórbidas; têm maior probabilidade de ter perturbação de hiperatividade/ /défice de atenção comórbida do que outros doentes pediátricos com perturbações mentais.

Perturbação Bipolar Induzida por Substância/ /Medicamento e Perturbações Relacionadas

Critérios de Diagnóstico

A. Alteração proeminente e persistente do humor predominante no quadro clínico que é caracterizada por humor elevado, expansivo ou irritável, com ou sem humor deprimido, ou por interesse e prazer marcadamente diminuídos em todas, ou quase todas, as atividades.

B. Existe evidência, a partir da história, exame físico ou dados laboratoriais, de (1) e de (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante, ou pouco depois, da intoxicação ou abstinência pela substância ou após a exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida(o) é capaz de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada pela perturbação bipolar ou outra perturbação relacionada que não é induzida por substância/medicamento. Tal evidência de uma perturbação bipolar ou outra perturbação relacionada independente pode incluir o seguinte:

   Os sintomas precedem o início do uso de substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) depois da cessação de uma abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outra evidência a sugerir a existência de uma perturbação bipolar não induzida por substância/medicamento independente ou outra perturbação relacionada (por exemplo, a história de episódios recorrentes não relacionados com substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para as perturbações bipolares induzidas por [substância/medicamento específica] e outras perturbações relacionadas são indicadas na tabela abaixo. Note que o código ICD-10-CM depende de haver ou não uma perturbação de uso de substâncias comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação ligeira de uso de substâncias é comórbida com a perturbação bipolar induzida por substâncias ou outra perturbação relacionada, o dígito da 4.ª posição do código é «1» e o clínico deve registar «perturbação ligeira de uso de [substância]» antes da perturbação bipolar induzida por substâncias ou outra perturbação relacionada (por exemplo, «perturbação ligeira de uso de cocaína com perturbação bipolar induzida por cocaína ou outra perturbação relacionada»). Se uma perturbação de uso de substâncias moderada a grave é comórbida com uma perturbação bipolar induzida por substâncias ou outra perturbação relacionada, o dígito da 4.ª posição é «2» e o clínico deve registar como «perturbação moderada de uso de [substância]» ou «perturbação grave de uso de [substância]», dependendo da gravidade da perturbação de uso de substâncias comórbida. Se não há uma perturbação de uso de substâncias comórbida (por exemplo, depois de um período de consumo pesado da substância), então o dígito da 4.ª posição é «9» e o clínico deve registar apenas a perturbação bipolar induzida por substâncias e outra perturbação relacionada.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	**Com perturbação de uso, ligeira**	**Com perturbação de uso, moderada ou grave**	**Sem perturbação de uso**
Álcool	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinogénio	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Sedativo, hipnótico, ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo «Perturbações Aditivas e Relacionadas com Substâncias» para os diagnósticos associados com uma classe de substância):

Com início durante a intoxicação. Se os critérios estão preenchidos para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência. Se os critérios estão preenchidos para abstinência de uma substância e os sintomas se desenvolvem durante, ou pouco depois, da abstinência.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e outras perturbações relacionadas começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume ser a causa dos sintomas bipolares do humor. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se organiza por classe de droga. Para substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), o código para «outra substância» deve ser utilizado; e em casos nos quais a substância se considere ser um fator etiológico, mas em que a classe específica da substância é desconhecida, a categoria «substância desconhecida» deve ser utilizada.

O nome da perturbação é seguido pela especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Ao contrário dos procedimentos de registo para a ICD-10-CM, os quais combinam a perturbação induzida por substâncias e a perturbação de uso de substâncias no mesmo código, na ICD-9-CM é dado um código de diagnóstico para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de sintomas de irritabilidade que ocorram durante a intoxicação num homem com perturbação grave de uso de cocaína, o diagnóstico é 292.84 perturbação bipolar induzida por cocaína e outras perturbações relacionadas, com início durante a intoxicação. Adicionalmente, também é dado o diagnóstico de 304.20 perturbação grave de uso de cocaína. Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento de sintomas do humor bipolar, cada uma deve ser listada separadamente (por exemplo, 292.84 perturbação bipolar induzida por metilfenidato e outras perturbações relacionadas, com início durante a intoxicação; 292.84 perturbação bipolar induzida por dexametasona e outras perturbações relacionadas, com início durante a intoxicação).

ICD-10-CM. O nome da perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e outras perturbações relacionadas começa com o nome específico da substância (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume ser a causa dos sintomas bipolares do humor. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe de droga e na presença ou ausência de perturbação de uso de substância comórbida. Para substâncias que não se encaixem em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), o código de «outra substância» deve ser utilizado; e nos casos nos quais a substância se considere ser um fator etiológico, mas em que a classe específica da substância é desconhecida, a categoria «substância desconhecida» deve ser utilizada.

Quando se regista o nome da perturbação, lista-se primeiro a perturbação de uso de substâncias (caso exista) comórbida, seguida pela palavra «com», seguida pelo nome da perturbação bipolar induzida por substâncias e outras perturbações relacionadas, seguida pela especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas de irritabilidade que ocorram durante a intoxicação num homem com perturbação grave de uso de cocaína, o diagnóstico é F14.24 perturbação grave de uso de cocaína com perturbação bipolar induzida por cocaína e outras perturbações relacionadas, com início durante a intoxicação. O diagnóstico separado de perturbação grave de uso de cocaína comórbida não é dado. Se a perturbação bipolar induzida por substâncias e outras perturbações relacionadas ocorre sem uma perturbação de uso de substâncias comórbida (por exemplo, depois de um único uso pesado de uma substância), não se codifica nenhuma perturbação de uso de substâncias acompanhante (por exemplo,

F15.94 perturbação bipolar induzida por anfetamina ou perturbação relacionada, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento de sintomas do humor bipolares, cada um deve ser listado separadamente (por exemplo, F15.24 perturbação grave de uso de metilfenidato com perturbação bipolar induzida por metilfenidato ou perturbação relacionada, com início durante a intoxicação; F19.94 perturbação bipolar induzida por dexametasona ou perturbação relacionada, com início durante a intoxicação).

Características de Diagnóstico

As características de diagnóstico de uma perturbação bipolar induzida por substância/ /medicamento e perturbação relacionada são essencialmente as mesmas da mania, hipomania ou depressão. A exceção principal do diagnóstico de perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbação relacionada é o caso da hipomania ou mania que ocorre após o uso de medicação antidepressiva ou outros tratamentos e que persiste para além dos efeitos fisiológicos da medicação. Esta condição é considerada um indicador de uma verdadeira perturbação bipolar e não de uma perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbação relacionada. De forma semelhante, indivíduos com um episódio aparente de hipomania ou mania induzida por terapia electroconvulsiva que persista além do efeito fisiológico do tratamento são diagnosticados com perturbação bipolar e não com perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbação relacionada.

Os efeitos secundários de alguns medicamentos e fármacos psicotrópicos (por exemplo, irascibilidade, agitação) podem assemelhar-se aos sintomas primários de uma síndrome maníaca, mas são bastante diferentes dos sintomas bipolares e insuficientes para estabelecer o diagnóstico. Isto é, os sintomas de mania/hipomania dos critérios têm especificidade (agitação simples não é o mesmo que envolvimento excessivo em atividade importantes), e um número suficiente de sintomas deve estar presente (não apenas 1 ou 2 sintomas) para fazer estes diagnósticos. Em particular, o aparecimento de 1 ou 2 sintomas não específicos – irritabilidade, irascibilidade ou agitação durante o tratamento antidepressivo – na ausência de uma síndrome maníaca ou hipomaníaca completa não deve ser considerado para sustentar o diagnóstico de perturbação bipolar.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Nesta forma específica de perturbação bipolar, a variável-chave é a etiologia (relação causal com o uso de medicamentos psicotrópicos ou substâncias de abuso baseada na melhor evidência clínica). As substâncias/medicamentos que são tipicamente consideradas como estando associadas a perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas incluem a classe farmacológica dos estimulantes, bem como a fenciclidina e esteroides. Contudo, um número de potenciais substâncias continua a emergir como novos compostos à medida que são sintetizados (por exemplo, os chamados sais de banho). A história de uso de tais substâncias pode ajudar a aumentar a certeza diagnóstica.

Prevalência

Não há estudos epidemiológicos sobre mania ou perturbação bipolar induzida por substância/medicamento. Cada substância etiológica deve ter o seu próprio risco de induzir uma perturbação bipolar (maníaca/hipomaníaca).

Desenvolvimento e Curso

Na mania induzida por fenciclidina, a apresentação inicial pode ser um *delirium* com características afetivas, o qual pode tornar s e um estado maníaco ou maníaco misto de aparência atípica.

Esta condição segue-se a uma ingestão ou inalação rápida, por regra em horas, ou, no máximo, poucos dias. Em estados maníacos ou hipomaníacos induzidos por estimulantes, a resposta ocorre em minutos a 1 hora depois de uma ou várias ingestões ou injeções. O episódio é muito breve e tipicamente remite em 1-2 dias. Com corticosteroides e alguma medicação imunossupressora, a mania (ou estado misto ou depressivo) surge habitualmente após vários dias de ingestão, sendo que as doses mais elevadas parecem ter uma maior probabilidade de produzir sintomas bipolares.

Marcadores de Diagnóstico

Para corroborar o diagnóstico, a identificação da substância usada pode ser realizada com marcadores no sangue ou urina.

Diagnóstico Diferencial

A perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas pode ser distinguida de outras perturbações bipolares, intoxicação por substâncias ou *delirium* induzido por substâncias e efeitos secundários da medicação (como já referido). Um episódio maníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para o diagnóstico de perturbação bipolar I. Um episódio hipomaníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para o diagnóstico de perturbação bipolar II apenas se precedido por um episódio depressivo major.

Comorbilidades

As comorbilidades são as que estão associadas ao uso de substâncias ilícitas (no caso de estimulantes ilegais ou fenciclidina) ou ao desvio de estimulantes prescritos. As comorbilidades relacionadas com esteroides ou medicação imunossupressora são as das indicações médicas para estas preparações. O *delirium* pode ocorrer antes ou em simultâneo com sintomas maníacos em indivíduos que ingerem fenciclidina ou naqueles a quem são prescritos esteroides ou medicação imunossupressora.

Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas Devidas a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico

A. Um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormalmente aumentadas predomina no quadro clínico.

B. Existe evidência, a partir da história, exame físico ou dados dos exames laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental.

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento ou necessita de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou quando existem características psicóticas.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para perturbação bipolar secundária a outra condição médica e perturbações relacionadas é **293.83**, o qual é atribuído independentemente do especificador. O código ICD-10-CM depende do especificador (ver abaixo).

Especificar se:

(F06.33) Com características maníacas. Os critérios completos para episódio maníaco ou hipomaníaco não estão preenchidos.

(F06.33) Com episódios de tipo maníaco ou hipomaníaco. Os critérios completos estão preenchidos, à exceção dos Critérios D, para episódio maníaco, ou, à exceção dos Critérios F, para episódio hipomaníaco.

(F06.34) Com características mistas. Os sintomas da depressão também estão presentes mas não predominam no quadro clínico.

Nota de codificação. Incluir o nome da outra condição médica no nome da perturbação mental (por exemplo, **293.83 [F06.33]** perturbação bipolar devida a hipertiroidismo, com características maníacas). A outra condição médica também deve ser codificada e listada imediatamente em separado antes da perturbação bipolar devida a outra condição médica ou perturbações relacionadas (por exemplo, **242.90 [E05.90]** hipertiroidismo; **293.83 [F06.33]** perturbação bipolar devida a hipertiroidismo, com características maníacas).

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica são a presença de um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e aumento da atividade ou energia que predominam num quadro clínico que é atribuível a outra condição médica (Critério B). Na maioria dos casos, os quadros maníaco ou hipomaníaco podem surgir durante a apresentação inicial da condição médica (por exemplo, dentro de 1 mês); contudo, há exceções, especialmente as condições médicas crónicas que podem piorar ou recidivar e prenunciar o aparecimento do quadro maníaco ou hipomaníaco. A perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica não deve ser diagnosticada quando os episódios maníacos ou hipomaníacos precedem seguramente a condição médica, pelo que o diagnóstico correto será o de perturbação bipolar (exceto em circunstâncias pouco habituais nas quais todos os episódios maníaco ou hipomaníaco precedentes – ou, quando apenas um desses episódios ocorreu, o episódio maníaco ou hipomaníaco precedente – foram associados à ingestão de uma substância/medicamento). O diagnóstico de perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica não deve ser realizado durante o curso de um *delirium* (Critério D). Na perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica, o episódio maníaco ou hipomaníaco deve causar mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes para poder ser considerado para este diagnóstico (Critério E).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Nesta forma específica de perturbação bipolar, a variável-chave é a etiologia (relação causal com outra condição médica baseada na melhor evidência clínica). A lista de condições

médicas que são consideradas como podendo induzir mania nunca está completa, pelo que o melhor juízo clínico é a essência deste diagnóstico. Entre as condições médicas mais bem conhecidas que podem causar uma condição bipolar maníaca ou hipomaníaca estão a doença de Cushing e a esclerose múltipla, bem como o acidente vascular cerebral ou lesões cerebrais traumáticas.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica tem, habitualmente, um início agudo ou subagudo dentro das primeiras semanas ou meses do início da condição médica associada. Contudo, nem sempre isto acontece, uma vez que o agravamento e a recidiva tardia da condição médica associada pode preceder o início de uma síndrome maníaca ou hipomaníaca. Nestas situações, o clínico deve fazer um juízo clínico sobre a causalidade da condição médica baseado na sequência temporal e plausibilidade dessa relação causal. Finalmente, a condição deve remitir antes ou logo após a condição médica remitir, em particular quando o tratamento dos sintomas maníacos/hipomaníacos é eficaz.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As diferenças relacionadas com a cultura, na medida em que exista alguma evidência, são aquelas que estão relacionadas com a condição médica (por exemplo, taxas de esclerose múltipla e acidente vascular cerebral variam mundialmente consoante a dieta, fatores genéticos e outros fatores ambientais).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As diferenças de género são as que estão associadas com a condição médica (por exemplo, lúpus eritematoso sistémico é mais comum nas mulheres; o acidente vascular cerebral é de alguma forma mais comum nos homens de meia-idade comparativamente com as mulheres).

Marcadores de Diagnóstico

Os marcadores de diagnóstico são os que estão associados a uma condição médica (por exemplo, os níveis de esteroides no sangue ou urina ajudam a corroborar o diagnóstico de doença de Cushing, a qual pode estar associada às síndromes maníaca ou depressiva; testes laboratoriais confirmam o diagnóstico de esclerose múltipla).

Consequências Funcionais da Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas Devidas a Outra Condição Médica

As consequências funcionais dos sintomas bipolares podem exacerbar os défices associadas à condição médica e incorrer em piores prognósticos devido à interferência com o tratamento médico. Em geral, acredita-se, embora não esteja estabelecido, que a doença, quando induzida pela doença de Cushing, não recidiva se esta é curada ou detida. Todavia, também se sugere, mas não está estabelecido, que síndromes do humor, incluindo as depressiva e maníaca/hipomaníaca, podem ser episódicas (isto é, recorrentes), com lesões cerebrais estáticas e outras doenças do sistema nervoso central.

Diagnóstico Diferencial

Sintomas de *delirium*, catatonia e ansiedade aguda. É importante diferenciar sintomas de mania dos sintomas excitados ou hipervigilantes em *delirium*; de sintomas de catatonia excitada; e de agitação relacionada com estados ansiosos agudos.

Sintomas depressivos ou maníacos induzidos por medicamentos. Um aspeto importante no diagnóstico diferencial é o de que outra condição médica pode ser tratada com medicação (por exemplo, esteroides ou interferão-alfa) que pode induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, a melhor forma de separar o mais provável e/ou mais importante de dois fatores etiológicos (isto é, a associação com a condição médica *versus* a síndrome induzida por substância/medicamento) é o juízo clínico usando toda a evidência disponível. O diagnóstico diferencial das condições médicas associadas é relevante, mas está para além do escopo deste manual.

Comorbilidades

As condições comórbidas com a perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica são as que estão associadas às condições médicas com relevância etiológica. O *delirium* pode ocorrer antes ou durante os sintomas maníacos em pessoas com doença de Cushing.

Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas com Outra Especificação

296.89 (F31.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam sintomas característicos da perturbação bipolar e perturbações relacionadas que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações das classes de diagnóstico da perturbação bipolar e perturbações relacionadas. A categoria perturbação bipolar e perturbações relacionadas com outra especificação é utilizada em situações nas quais o clínico opta por afirmar que a razão específica de uma dada apresentação não preenche os critérios de nenhuma perturbação bipolar e perturbações relacionadas específicas. Isto é feito através do registo «perturbação bipolar e perturbações relacionadas com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «ciclotimia de curta duração»).

Os exemplos de apresentações podem ser especificados utilizando a designação «outra especificação» incluindo as seguintes:

1. **Episódios hipomaníacos ou depressivos major de curta duração (2-3 dias).** História de 1 ou mais episódios depressivos major ao longo da vida em indivíduos cuja apresentação nunca preencheu os critérios completos para episódio maníaco ou hipomaníaco, mas que experienciaram 2 ou mais episódios hipomaníacos de curta duração que cumpriram os critérios completos para episódio hipomaníaco, mas que duraram apenas 2-3 dias. Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepõem temporalmente aos episódios depressivos major, pelo que a perturbação não preenche critérios para um episódio depressivo major, com características mistas.

2. **Episódios hipomaníacos com sintomas insuficientes e episódios depressivos major.** História ao longo da vida de 1 ou mais episódios depressivos major em pessoas cuja apresentação nunca preencheu os critérios completos para episódio maníaco ou hipomaníaco, mas que experienciaram 1 ou mais episódios de hipomania que não preencheram os critérios sindromáticos completos (isto é, pelo menos 4 dias consecutivos de humor elevado e 1 ou 2 de outros sintomas de 1 episódio hipomaníaco, ou humor irritável e 2 ou 3 dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco). Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepõem temporalmente a episódios depressivos major, pelo que a perturbação não preenche critérios para episódio depressivo major, com características mistas.
3. **Episódio hipomaníaco sem episódio depressivo major prévio.** Um ou mais episódios hipomaníacos numa pessoa cuja apresentação nunca preencheu os critérios completos para episódio depressivo major ou maníaco. Se isso ocorrer numa pessoa com um diagnóstico estabelecido de perturbação depressiva persistente (distimia), ambos os diagnósticos podem ser concomitantemente aplicados durante os períodos em que os critérios completos para um episódio hipomaníaco estão preenchidos.
4. **Ciclotimia de curta duração (menos de 24 meses).** Múltiplos episódios de sintomas hipomaníacos que não preenchem critérios para episódio hipomaníaco e múltiplos episódios de sintomas depressivos que não preenchem critérios para episódio depressivo major persistem por um período inferior a 24 meses (menos de 12 meses para crianças ou adolescentes) num indivíduo cuja apresentação nunca preencheu critérios para episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco e não cumpriu critérios para nenhuma perturbação psicótica. Durante o curso da perturbação, os sintomas hipomaníacos ou depressivos estão presentes por mais dias do que ausentes, o indivíduo não está sem sintomas por mais de 2 meses seguidos e os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo e incapacidade.

Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas Não Especificadas

296.80 (F31.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam sintomas característicos da perturbação bipolar e perturbações relacionadas que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações das classes de diagnóstico da perturbação bipolar e perturbações relacionadas. A categoria perturbação bipolar e perturbações relacionadas não especificadas é utilizada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios não são preenchidos para uma perturbação bipolar específica e perturbações relacionadas, e que inclui apresentações nas quais não há informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de um serviço de urgência).

Especificadores para Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas

Especificar se:

Com angústia ansiosa. A presença de pelo menos 2 dos seguintes sintomas durante a maior parte dos dias do episódio atual ou mais recente de mania, hipomania ou depressão:

1. Sentir-se excitado ou tenso.
2. Sentir-se estranhamente inquieto.
3. Dificuldade em concentrar-se devido à preocupação.
4. Medo de que algo terrível possa acontecer.
5. Sentir que pode perder o controlo sobre si.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Dois sintomas.

Moderada. Três sintomas.

Moderada-grave. Quatro ou cinco sintomas.

Grave. Quatro ou cinco sintomas com agitação motora.

Nota. Angústia ansiosa tem sido apontada como uma característica proeminente quer da perturbação bipolar quer da perturbação depressiva major, tanto nos cuidados primários como em contextos de saúde mental. Níveis elevados de ansiedade têm sido associados a risco mais elevado de suicídio, maior duração da doença e maior probabilidade de não responder ao tratamento. Como tal, é clinicamente útil especificar com precisão a presença de níveis de gravidade de angústia ansiosa para o planeamento e monitorização da resposta ao tratamento.

Com características mistas. O especificador das características mistas pode aplicar se aos episódios atuais maníaco, hipomaníaco e depressivo nas perturbações bipolar I e bipolar II:

Episódio maníaco ou hipomaníaco, com características mistas

A. Preenchimento completo dos critérios para episódio maníaco ou hipomaníaco e presença de pelo menos 3 dos seguintes sintomas durante a maior parte do dia do episódio de mania ou hipomania atual ou mais recente:
   1. Disforia ou humor deprimido proeminentes indicados pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou desesperançado) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso).
   2. Diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades (indicada pelo relato subjetivo ou pela observação por outros).
   3. Lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros; não meramente pelo relato subjetivo de se sentir lentificado).
   4. Fadiga ou perda de energia.
   5. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (não meramente autodepreciação ou sentimentos de culpa por estar doente).
   6. Pensamentos recorrentes acerca da morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas mistos são observados pelos outros e representam uma alteração do comportamento habitual da pessoa.

C. Para indivíduos cujos sintomas preenchem os critérios para mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser episódio maníaco, com características mistas, devido à marcada incapacidade e gravidade clínica da mania completa.

D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação ou outro tratamento).

Episódio depressivo, com características mistas

A. Preenchimento completo dos critérios para episódio depressivo major e presença de pelo menos 3 dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos durante a maior parte dos dias do episódio atual ou mais recente de depressão:
   1. Humor elevado, expansivo.
   2. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
   3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
   5. Aumento da atividade dirigida para determinados objetivos (quer sociais, quer ocupacionais, quer sexuais).
   6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades que potencialmente podem ter consequências prejudiciais (por exemplo, envolvimento em gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos em negócios sem valor).
   7. Diminuição da necessidade de dormir (sente-se descansado apesar de dormir menos do que é habitual; para ser contrastado com insónia).

B. Os sintomas mistos são observados pelos outros e representam uma alteração do comportamento habitual da pessoa.

C. Para as pessoas cujos sintomas preenchem os critérios para mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser episódio maníaco, com características mistas.

D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento).

Nota. Características mistas associadas a episódio depressivo major têm sido consideradas um fator de risco significativo para o desenvolvimento da perturbações bipolar I e bipolar II. Como tal, é clinicamente útil a existência deste especificador para o planeamento e monitorização da resposta ao tratamento.

Com ciclos rápidos (pode ser aplicado às perturbações bipolar I e bipolar II). Presença de pelo menos 4 episódios do humor nos 12 meses anteriores que preencham os critérios para episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo.

Nota. Os episódios estão demarcados pela remissão parcial ou completa durante pelo menos 2 meses ou por uma mudança para um episódio de polaridade oposta (por exemplo, de um episódio depressivo major para um episódio maníaco).

Nota. A característica essencial de uma perturbação bipolar com ciclos rápidos é a ocorrência de pelo menos 4 episódios do humor durante os 12 meses anteriores. Estes episódios podem ocorrer com qualquer combinação ou ordem. Os episódios devem preencher os critérios quer de duração quer de número de sintomas para episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco e devem estar demarcados pelo período de remissão completa e pela mudança para um episódio de polaridade oposta. Episódios maníacos e hipomaníacos contam como fazendo parte do mesmo pólo. Exceto pelo facto de que ocorrem mais rapidamente, os episódios que ocorrem num padrão de ciclos rápidos não são diferentes dos que ocorrem num padrão sem ciclos rápidos. Os episódios de humor que definem um padrão de ciclos rápidos excluem os episódios que são diretamente causados por uma substância (por exemplo, cocaína, corticosteroides) ou outra condição médica.

Com características melancólicas

A. Ocorre 1 dos seguintes durante o período mais grave do episódio atual:
   1. Perda de prazer em todas, ou quase todas, as atividades.
   2. Falta de reatividade aos estímulos habitualmente prazerosos (não se sente muito melhor, ainda que temporariamente, quando algo de bom acontece).

B. Ocorrem 3 (ou mais) dos seguintes itens:
   1. Uma qualidade distinta do humor deprimido é caracterizada por profundo desânimo, desespero e/ou enfado ou por aquilo a que se chama humor vazio.
   2. Depressão regularmente pior de manhã.
   3. Acordar cedo de manhã (isto é, pelo menos 2 horas antes do habitual).
   4. Agitação ou lentificação psicomotora marcadas.
   5. Anorexia ou perda de peso significativa.
   6. Culpa excessiva ou inapropriada.

   Nota. O especificador «com características melancólicas» aplica-se se estas características estão presentes na fase mais grave do episódio. Há uma quase total ausência da capacidade para sentir prazer e não uma mera diminuição. Uma orientação para a avaliação da falta de reatividade é que mesmo acontecimentos muito desejados não estão associados a uma marcada melhoria do humor. Não só o humor não melhora de todo, como não melhora sequer parcialmente (por exemplo, 20%-40% acima do normal apenas uns minutos de cada vez). A «qualidade distinta» do humor que é característica do especificador «com características melancólicas» é experienciado como qualitativamente diferente daquele que ocorre durante um episódio depressivo não melancólico. O humor deprimido que é descrito como meramente mais grave, com maior duração ou presente sem razão não é considerado como sendo de qualidade distinta. Alterações psicomotoras estão quase sempre presentes e são observáveis pelos outros.

   No mesmo indivíduo, as características melancólicas têm apenas uma tendência modesta para se repetir ao longo dos episódios. São mais frequentes em internados do que em ambulatório, menos prováveis de acontecer em episódios depressivos ligeiros do que em graves, e mais prováveis nos episódios com características psicóticas.

Com características atípicas. Este especificador pode ser aplicado quando estas características predominam durante a maior parte dos dias do episódio depressivo major atual ou mais recente:

A. Reatividade do humor (isto é, o humor melhora em resposta a acontecimentos positivos).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:
   1. Aumento significativo de peso ou do apetite.
   2. Hipersónia.
   3. Imobilidade (isto é, sensação de peso ou de inércia nos braços e nas pernas).
   4. Padrão de longa duração de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de alteração do humor) que provoca um défice social ou ocupacional significativo.

C. Os critérios para «com características melancólicas» ou «com catatonia» não são preenchidos durante o mesmo episódio.

   Nota. «Depressão atípica» tem um significado histórico (isto é, atípica em oposição às mais clássicas apresentações agitadas, «endógenas» da depressão, que foram a norma quando a depressão raramente era diagnosticada em indivíduos em ambulatório e quase nunca nos adolescentes ou jovens adultos) enquanto hoje já não tem a conotação de apresentação clínica incomum ou pouco habitual que o termo pode implicar.

   A reatividade do humor é a capacidade de ser animado quando se está perante um acontecimento positivo (por exemplo, a visita de crianças, elogios dos outros). O humor pode

tornar-se eutímico (em vez de triste) mesmo por períodos maiores de tempo se as circunstâncias externas se mantiverem favoráveis. O apetite aumentado pode ser manifestado por um óbvio aumento da ingestão de alimentos ou pelo aumento do peso. A hipersónia pode incluir, quer um período aumentado de sono noturno quer sestas diurnas que totalizem pelo menos 10 horas de sono por dia (ou pelo menos 2 horas mais do que quando não está deprimido). A imobilização é definida como sensação de peso, inércia ou de sobrecarga nos braços ou pernas. Esta sensação está em geral presente por pelo menos 1 hora por dia, mas muitas vezes permanece por muitas horas de cada vez. Ao contrário das outras características atípicas, a sensibilidade patológica à rejeição interpessoal percebida é um traço que tem um início precoce e que persiste ao longo da maior parte da vida adulta. A sensibilidade à rejeição ocorre quer quando o indivíduo está quer quando não está deprimido, embora possa estar exacerbada durante os episódios depressivos.

Com características psicóticas. Delírios e alucinações estão presentes em qualquer altura do episódio. Se estão presentes características psicóticas, especificar se são congruentes ou incongruentes com o humor:

Com características psicóticas congruentes com o humor. Durante os episódios maníacos, o conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas maníacos típicos de grandiosidade, invulnerabilidade, etc., mas também podem incluir temas de suspeição ou paranoia, especialmente em relação às dúvidas dos outros acerca das capacidades, feitos do indivíduo, entre outras.

Com características psicóticas incongruentes com o humor. O conteúdo dos delírios e alucinações são inconsistentes com os temas da polaridade do episódio tais como acima descritos ou o conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Com catatonia. Este especificador pode ser aplicado a um episódio de mania ou depressão se as características catatónicas estão presentes durante a maior parte do episódio. Ver critérios para catatonia associada a perturbação mental no capítulo «Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas».

Com início no período periparto. Se o início dos sintomas ocorre durante a gravidez ou nas 4 semanas após o parto, pode aplicar se este especificador ao episódio atual, ou mais recente, se os critérios completos não estão preenchidos para o episódio do humor, de mania, hipomania ou depressão major na perturbação bipolar I ou bipolar II.

Nota. Os episódios do humor podem ter o seu início durante a gravidez ou no pós-parto. Embora as estimativas divirjam de acordo com o período de seguimento após o parto, entre 3% e 6% das mulheres experimentarão o início de um episódio depressivo major durante a gravidez ou nas semanas a meses que se seguem ao parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos major «pós-parto» começam, de facto, antes do parto. Assim, esses episódios são denominados em conjunto como episódios *periparto*. Mulheres com episódios depressivos periparto têm muitas vezes ansiedade grave e mesmo ataques de pânico. Estudos prospetivos demonstraram que sintomas do humor e ansiedade durante a gravidez, bem como a depressão pós-parto, ou *baby blues*, aumentam o risco para episódio depressivo major pós-parto.

Os episódios do humor de início no periparto podem apresentar-se com ou sem características psicóticas. O infanticídio está muitas vezes associado a episódios psicóticos pós-parto que são caracterizados por alucinações de comando para matar o recém-nascido ou delírios de que o recém-nascido está possuído, embora os sintomas psicóticos também possam ocorrer em episódios graves do humor no pós-parto sem tais delírios e alucinações específicas.

Os episódios do humor no pós-parto (depressivo major ou maníaco) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 em 500 a 1 em 1000 partos e podem ser mais comuns em primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas está particularmente aumentado em mulheres com episódios do humor pós-parto prévios, mas está também aumentado para quem tem história prévia de perturbação depressiva ou bipolar (em especial a perturbação bipolar I) e história familiar de perturbação bipolar.

Tendo a mulher tido um episódio pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência em cada parto subsequente situa-se entre 30% e 50%. Os episódios pós-parto devem ser distinguidos do *delirium* que ocorre no período pós-parto, o qual é caracterizado por flutuações da consciência e da atenção. O período pós-parto é único no que respeita ao grau de alterações neuroendócrinas e ajustamentos psicossociais, ao impacte potencial da amamentação no plano terapêutico e às implicações a longo prazo da história de episódios do humor no pós-parto no planeamento familiar subsequente.

Com padrão sazonal. Este especificador aplica-se ao padrão ao longo da vida de episódios do humor. A característica essencial é um padrão sazonal regular de pelo menos um tipo de episódio (isto é, mania, hipomania ou depressão). Os outros tipos de episódios podem não seguir este padrão. Por exemplo, uma pessoa pode ter manias sazonais, mas as suas depressões não ocorrerem regularmente numa altura específica do ano.

A. Existiu uma relação temporal regular entre o início dos episódios maníaco, hipomaníaco e depressivo major e uma determinada altura do ano (por exemplo, no outono ou no inverno) nas perturbações bipolar I e bipolar II.

   Nota. Não incluir os casos em que existiu um efeito óbvio da sazonalidade relacionada com fatores de stress psicossociais (por exemplo, estar regularmente desempregado no inverno).

B. Remissões completas (ou uma mudança da depressão para a mania ou hipomania ou vice-versa) que ocorrem igualmente numa altura característica do ano (por exemplo, a depressão desaparece na primavera).

C. Nos últimos 2 anos, os episódios individuais maníaco, hipomaníaco ou depressivo major revelaram uma relação temporal sazonal, como definida nos critérios acima, e não ocorreram episódios não sazonais dessa polaridade durante o mesmo período de 2 anos.

D. Manias, hipomanias e depressões sazonais (como descritas acima) ocorrem em número substancialmente maior do que as manias, hipomanias e depressões não sazonais que podem ter ocorrido durante a vida da pessoa.

   Nota. Este especificador pode ser aplicado ao padrão dos episódios depressivos major nas perturbações bipolar I, bipolar II e depressiva major recorrentes. A característica essencial é o início e remissão dos episódios depressivos major em períodos característicos do ano. Na maioria dos casos, os episódios começam no outono ou inverno e remitem na primavera. Menos comummente, podem acontecer episódios depressivos recorrentes no verão. Este padrão de início e remissão dos episódios deverá ter ocorrido durante pelo menos um período de 2 anos sem que tenham ocorrido quaisquer episódios não sazonais durante esse período. Além disso, os episódios depressivos sazonais têm de ocorrer em número substancialmente maior do que episódios depressivos não sazonais durante a vida da pessoa.

Este especificador não se aplica às situações em que o padrão é mais bem explicado pela sazonalidade ligada a fatores de stress psicossociais (por exemplo, desemprego sazonal ou calendário escolar). Episódios depressivos major que ocorram segundo um padrão sazonal são muitas vezes caracterizados por perda de energia, hipersónia, excessos alimentares, aumento de peso e desejo por hidratos de carbono. Não é claro se o padrão sazonal

é mais provável na perturbação depressiva major recorrente ou nas perturbações bipolares. Contudo, dentro do grupo das perturbações bipolares, o padrão sazonal parece ser mais provável na perturbação bipolar II do que na perturbação bipolar I. Nalguns indivíduos, o início de episódios maníacos ou hipomaníacos pode também estar ligado a uma estação particular.

A prevalência de um padrão sazonal do tipo inverno parece variar com a latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com latitudes mais elevadas. A idade é também um forte preditor de sazonalidade, estando as pessoas mais novas sujeitas a um risco maior de episódios depressivos no inverno.

Especificar se:

Em remissão parcial. Estão presentes sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos do episódio imediatamente anterior, mas não estão preenchidos os critérios completos; ou existe um período sem quaisquer sintomas de episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo com duração inferior a 2 meses após o final do episódio.

Em remissão completa. Durante os últimos 2 meses não estiveram presentes sinais ou sintomas significativos da perturbação.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se no número de sintomas dos critérios, na gravidade desses sintomas e no grau de deficiência funcional.

Ligeiro. Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles que são necessários para preencher os critérios de diagnóstico, a intensidade dos sintomas é incapacitante mas manejável, e os sintomas provocam pouca deficiência nos funcionamentos social ou ocupacional.

Moderado. O número e intensidade dos sintomas e/ou a deficiência funcional estão entre os especificados para «ligeiro» e «grave».

Grave. O número de sintomas excede substancialmente os necessários para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas é bastante incapacitante e não manejável e os sintomas interferem marcadamente com o funcionamento social e ocupacional.

Perturbações Depressivas

As perturbações depressivas incluem perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. Ao contrário do que acontece no DSM-IV, este capítulo «Perturbações Depressivas» foi separado do capítulo anterior «Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas». A característica comum a todas estas perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre as várias perturbações são questões relacionadas com duração, *timing* ou etiologia presumida.

Para responder às preocupações sobre o potencial para o sobrediagnóstico e tratamento de perturbação bipolar em crianças, um novo diagnóstico, perturbação de desregulação do humor disruptivo, foi incluído para crianças até aos 12 anos que se apresentam com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrolo extremo do comportamento. A sua colocação neste capítulo reflete a constatação de que as crianças com este padrão de sintomas desenvolvem tipicamente, à medida que atingem a adolescência e a idade adulta, perturbações depressivas unipolares ou perturbações de ansiedade, em vez de perturbações bipolares.

A perturbação depressiva major representa a condição clássica neste grupo de perturbações. É caracterizada por episódios distintos com pelo menos 2 semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure consideravelmente mais tempo) que envolvem alterações bem definidas no afeto, cognição e funções neurovegetativas, e com remissão entre os episódios. É possível o diagnóstico baseado num único episódio, embora a perturbação seja recorrente na maioria dos casos. É dado um cuidado particular à definição de tristeza normal e de luto de um episódio depressivo major. O luto pode produzir grande sofrimento, mas em geral não desencadeia um episódio de perturbação depressiva major. Quando ambos ocorrem simultaneamente, os sintomas depressivos e o compromisso do funcionamento tendem a ser mais graves e o prognóstico é pior quando comparado com o luto que não é acompanhado de perturbação depressiva major. A depressão relacionada com o luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades para perturbações depressivas, podendo a recuperação ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos.

Uma forma mais crónica de depressão, a perturbação depressiva persistente (distimia), pode ser diagnosticada quando o distúrbio do humor persiste por pelo menos 2 anos em

adultos ou 1 ano em crianças. Este diagnóstico, novo no DSM-5, combina as categorias de diagnóstico de depressão major crónica e de distimia do DSM-IV.

Após uma cuidadosa revisão da evidência científica, a perturbação disfórica pré-menstrual foi transferida de um dos apêndices do DSM-IV («Propostas de Categorias Diagnósticas Que Necessitam de Estudo») para a Secção II do DSM-5. A investigação adicional de quase 20 anos sobre esta condição confirmou a existência de uma forma de perturbação depressiva específica e que responde ao tratamento, com início algum tempo após a ovulação e remissão em poucos dias de menstruação, e que tem um impacte significativo no funcionamento.

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e diversas condições médicas podem estar associados a fenómenos de tipo depressivo. Este facto é reconhecido nos diagnósticos de perturbação depressiva induzida por substância/medicamento e de perturbação depressiva devida a outra condição médica.

Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo

Critérios de Diagnóstico **296.99 (F34.8)**

A. Explosões temperamentais graves e recorrentes manifestadas verbalmente (por exemplo, fúrias verbais) e/ou através do comportamento (por exemplo, agressão física a terceiros ou a bens patrimoniais), que são muito desproporcionadas em intensidade ou duração relativamente à situação ou provocação.

B. As explosões temperamentais são inconsistentes com o nível de desenvolvimento.

C. As explosões temperamentais ocorrem, em média, 3 ou mais vezes por semana.

D. O humor entre as explosões temperamentais é persistentemente irritável ou zangado durante a maior parte do dia, quase todos os dias, sendo observável pelos outros (por exemplo, pais, professores, pares).

E. Os critérios A-D estão presentes por 12 ou mais meses. Durante esse tempo, o indivíduo não teve qualquer período com duração de 3 ou mais meses consecutivos sem a totalidade dos sintomas dos critérios A-D.

F. Os critérios A e D estão presentes em pelo menos 2 de 3 contextos (isto é, em casa, na escola, com os pares) e são graves em pelo menos um destes.

G. O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos ou depois dos 18 anos.

H. Pela história ou pela observação, a idade de início dos critérios A-E é anterior aos 10 anos.

I. Nunca houve um período distinto com duração superior a 1 dia durante o qual tenha sido preenchida a totalidade dos critérios de sintomas, exceto duração, para episódio maníaco ou hipomaníaco.

   Nota. A elevação de humor adequada ao desenvolvimento, tal como ocorre no contexto de um acontecimento muito positivo ou da sua antecipação, não deve ser considerado como um sintoma de mania ou hipomania.

J. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de perturbação depressiva major e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação do espectro do autismo, perturbação de stress pós-traumático, perturbação de ansiedade de separação, perturbação depressiva persistente [distimia]).

Nota. Este diagnóstico não pode coexistir com perturbação desafiante de oposição, perturbação explosiva intermitente ou perturbação bipolar, embora possa coexistir com outras, incluindo perturbação depressiva major, perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação do comportamento e perturbação de uso de substâncias. Indivíduos cujos sintomas preencham simultaneamente os critérios de diagnóstico para perturbação de desregulação do humor disruptivo e perturbação desafiante de oposição apenas devem ter o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo. Se, em algum momento, um indivíduo já tiver tido um episódio maníaco ou hipomaníaco, não lhe deve ser atribuído o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo.

K. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica ou neurológica.

Características de Diagnóstico

A característica nuclear da perturbação de desregulação do humor disruptivo é a irritabilidade persistente grave e crónica.. Esta irritabilidade grave tem duas manifestações clínicas proeminentes, sendo a primeira as explosões temperamentais frequentes. Por regra, estas explosões ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais (as últimas na forma de agressão contra bens patrimoniais, o próprio ou terceiros). Estas devem ocorrer frequentemente (isto é, em média, 3 ou mais vezes por semana) (Critério C) durante pelo menos 1 ano em pelo menos 2 contextos (Critérios E e F), tal como em casa e na escola, e devem ser inconsistentes com o nível de desenvolvimento (Critério B). A segunda manifestação clínica de irritabilidade grave consiste em humor irritável ou zangado, persistente e crónico, que está presente no intervalo entre as explosões temperamentais graves. Este humor irritável ou zangado deve ser característico da criança, estando presente durante a maior parte do dia, quase todos os dias, e sendo observável pelos que pertençam ao meio da criança (Critério D).

A apresentação clínica da perturbação de desregulação do humor disruptivo deve ser cuidadosamente distinguida da apresentação de outras condições relacionadas, em particular da perturbação bipolar pediátrica. De facto, a perturbação de desregulação do humor disruptivo foi adicionada ao DSM-5 para responder à preocupação sobre a classificação e tratamento adequados das crianças que se apresentam com irritabilidade persistente e crónica, relativamente às crianças que apresentam perturbação bipolar clássica (isto é, episódica).

Alguns investigadores consideram a irritabilidade não episódica grave como uma característica da perturbação bipolar em crianças, apesar de o DSM-IV e o DSM-5 requererem, de modo a que se possa fazer o diagnóstico de perturbação bipolar I, que tanto as crianças como os adultos tenham episódios distintos de mania ou hipomania. Durante as últimas décadas do século xx, esta discussão dos investigadores de que a irritabilidade não episódica grave é uma manifestação de mania pediátrica coincidiu com um aumento nas taxas de atribuição de diagnóstico de perturbação bipolar pelos clínicos aos seus doentes em idade pediátrica. Este acentuado aumento das taxas parece ser atribuível aos clínicos que combinam, numa única categoria, pelo menos duas apresentações clínicas. Isto é, quer a apresentação episódica clássica de mania quer as apresentações não episódicas de irritabilidade grave têm sido classificadas como perturbação bipolar nas crianças. No DSM-5, o termo *perturbação bipolar* está explicitamente reservado para as apresentações episódicas dos sintomas bipolares. O DSM-IV não continha um diagnóstico concebido de modo a incluir jovens cujos

sintomas característicos consistissem em irritabilidade não episódica muito grave, enquanto o DSM-5, com a inclusão da perturbação de desregulação do humor disruptivo, fornece uma categoria distinta para essas formas de apresentação.

Prevalência

A perturbação de desregulação do humor disruptivo é comum em crianças que se apresentam em clínicas de saúde mental pediátricas. A prevalência estimada da perturbação na comunidade não é clara. Em crianças e adolescentes, a prevalência global de perturbação de desregulação do humor disruptivo no período de 6 meses a 1 ano situa-se, provavelmente, no intervalo de 2%-5%, tendo por base a taxa de irritabilidade persistente grave e crónica que é a característica principal desta perturbação. No entanto, são expectáveis taxas mais elevadas no sexo masculino e em crianças em idade escolar do que no sexo feminino e em adolescentes.

Desenvolvimento e Curso

O início da perturbação de desregulação do humor disruptivo deve ocorrer antes dos 10 anos e o diagnóstico não se deve aplicar a crianças com uma idade de desenvolvimento inferior a 6 anos. Desconhece-se se esta perturbação se apresenta apenas nesta forma delimitada pela idade. É provável que os sintomas de perturbação de desregulação do humor disruptivo se alterem à medida que a criança cresce, pelo que o uso do diagnóstico se deve limitar aos grupos etários semelhantes àqueles em que a sua validade foi estabelecida (7-18 anos). Aproximadamente metade das crianças com irritabilidade crónica grave terá uma apresentação que, um ano mais tarde, continua a preencher os critérios para perturbação bipolar. As taxas de conversão de irritabilidade não episódica grave para perturbação bipolar são muito baixas. Pelo contrário, as crianças com irritabilidade crónica estão em risco de desenvolver depressão unipolar e/ou perturbações de ansiedade na idade adulta.

As variações relacionadas com a idade também distinguem a perturbação bipolar clássica da perturbação de desregulação do humor disruptivo. Em regra, as taxas de perturbação bipolar são muito baixas antes da adolescência (<1%), com um aumento constante até ao início da idade adulta (prevalência de 1%-2%). Antes da adolescência, a perturbação de desregulação do humor disruptivo é mais comum do que a perturbação bipolar e os seus sintomas tornam-se, por regra, menos frequentes à medida que as crianças transitam para a idade adulta.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. As crianças com irritabilidade crónica apresentam habitualmente histórias psiquiátricas complexas. Nessas crianças, é comum existir uma história relativamente prolongada de irritabilidade crónica, manifestando-se antes de estar preenchida a totalidade dos critérios da síndrome. Essas apresentações anteriores ao diagnóstico podem ter preenchido os critérios para perturbação desafiante de oposição. Muitas crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo apresentam sintomas que também preenchem critérios para os diagnósticos de perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) e de perturbação de ansiedade, estando esses diagnósticos, com frequência, presentes desde uma idade relativamente precoce. Para algumas crianças, os critérios de diagnóstico para perturbação depressiva major também podem estar preenchidos.

Genéticos e fisiológicos. Em termos de agregado familiar e genética, tem sido sugerido que, com base no seu risco familiar, crianças que apresentam irritabilidade não episódica crónica podem ser distinguidas das crianças com perturbação bipolar. Contudo, nestes dois grupos as taxas familiares de perturbações de ansiedade, depressivas unipolares ou de abuso de substâncias não diferem. Comparadas com as crianças com perturbação bipolar pediátrica ou com outras perturbações mentais, as crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo exibem semelhanças e diferenças nos défices de processamento de informação. Por exemplo, défices no reconhecimento facial das emoções, bem como alterações na tomada de decisões e no controlo cognitivo, estão presentes em crianças com perturbação bipolar e em crianças com irritabilidade crónica, assim como em crianças com outras condições psiquiátricas. Há ainda evidência da existência de disfunções específicas da perturbação, tal como as que existem durante as tarefas que avaliam a utilização eficaz da atenção em resposta a estímulos emocionais, que tem mostrado sinais específicos de disfunção em crianças com irritabilidade crónica.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As crianças com características de perturbação de desregulação do humor disruptivo que se apresentam em clínicas são predominantemente do sexo masculino. Amostras da comunidade apoiam o aparente predomínio do sexo masculino. Esta diferença na prevalência entre os sexos masculino e feminino distingue a perturbação de desregulação do humor disruptivo da perturbação bipolar, na qual existe uma prevalência idêntica entre os géneros.

Risco de Suicídio

Por regra, quando se avaliam crianças com irritabilidade crónica, deve prestar-se atenção a indícios de comportamento suicidário e de agressão, bem como a outras consequências funcionais graves da perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Consequências Funcionais da Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo

A irritabilidade crónica grave, tal como é encontrada nas crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo, está associada a uma marcada perturbação das relações familiares e com os pares, bem como do desempenho escolar dessas crianças. Dada a sua extremamente reduzida tolerância à frustração, estas crianças têm geralmente dificuldade em ser bem sucedidas na escola; são com frequência incapazes de participar nas atividades de que as crianças saudáveis em geral gostam; a sua vida familiar é gravemente perturbada pelas suas explosões e irritabilidade; e têm dificuldade em iniciar ou manter amizades. Em crianças com perturbação bipolar e naquelas com perturbação de desregulação do humor disruptivo, os níveis de disfunção são em regra comparáveis. Ambas as condições causam uma perturbação grave na vida dos indivíduos afetados e das suas famílias. Quer na perturbação de desregulação do humor disruptivo quer na perturbação bipolar pediátrica, são comuns comportamentos perigosos, ideação suicida ou tentativas de suicídio, agressões graves e internamentos psiquiátricos.

Diagnóstico Diferencial

Uma vez que as crianças e adolescentes com irritabilidade crónica apresentam em geral histórias complexas, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo deve ser realizado tendo em consideração a presença ou ausência de múltiplas outras condições.

Apesar da necessidade de considerar muitas outras síndromes, distinguir a perturbação de desregulação do humor disruptivo da perturbação bipolar e da perturbação desafiante de oposição requer uma avaliação particularmente cuidadosa.

Perturbações bipolares. A característica central que distingue a perturbação de desregulação do humor disruptivo da perturbação bipolar em crianças envolve a evolução longitudinal dos sintomas nucleares. Nas crianças, tal como nos adultos, as perturbações bipolares I e II manifestam-se como uma doença episódica com episódios distintos de perturbação do humor que podem ser distinguidos da apresentação típica das crianças. A alteração do humor que ocorre durante um episódio maníaco é claramente distinta do humor habitual da criança. Além disso, durante um episódio maníaco, a alteração no humor deve ser acompanhada pelo início, ou agravamento, de sintomas cognitivos, comportamentais e físicos (por exemplo, distratibilidade, aumento da atividade dirigida para determinados objetivos), que também se encontram presentes num grau que é significativamente diferente do habitual na criança. Assim, no caso de um episódio maníaco, os pais (e, dependendo do nível de desenvolvimento, as crianças) devem ser capazes de identificar um período de tempo distinto durante o qual o humor e o comportamento da criança são claramente diferentes do habitual. Pelo contrário, a irritabilidade da perturbação de desregulação do humor disruptivo é persistente e está presente durante vários meses; apesar de até certo ponto poder aumentar e diminuir, a irritabilidade grave é característica da criança com perturbação de desregulação do humor disruptivo. Assim, enquanto as perturbações bipolares são condições episódicas, a perturbação de desregulação do humor disruptivo não o é. De facto, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo não pode ser atribuído a uma criança que alguma vez tenha tido um episódio hipomaníaco ou maníaco (irritável ou eufórico) de duração completa, ou que alguma vez tenha tido um episódio maníaco ou hipomaníaco com duração superior a 1 dia. Outra característica central para distinguir a perturbação bipolar da perturbação de desregulação do humor disruptivo é a presença de humor elevado ou expansivo e de grandiosidade. Estes sintomas são características comuns de mania, mas não são característicos da perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Perturbação desafiante de oposição. Embora os sintomas da perturbação desafiante de oposição ocorram de facto em crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo, os sintomas de humor da perturbação de desregulação do humor disruptivo são relativamente raros em crianças com perturbação desafiante de oposição. As características principais que justificam o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo em crianças cujos sintomas também preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação desafiante de oposição são a presença de explosões graves e frequentemente recorrentes e uma perturbação persistente do humor entre os episódios. Além disso, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo requer que haja um défice grave no funcionamento em pelo menos um contexto (isto é, em casa, na escola ou com os pares) e um défice ligeiro a moderado no funcionamento num segundo contexto. Por esta razão, enquanto a maioria das crianças cujos sintomas preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação de desregulação do humor disruptivo irá apresentar também um quadro que preenche os critérios de diagnóstico para perturbação desafiante de oposição, o contrário não se verifica. Ou seja, apenas cerca de 15% dos indivíduos com perturbação desafiante de oposição preencheriam os critérios de diagnóstico para perturbação de desregulação do humor disruptivo. Além disso, mesmo em crianças cujos sintomas preencham os critérios de diagnóstico

para ambas as perturbações, apenas deverá ser realizado o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo. Por último, tanto os sintomas de humor proeminentes da perturbação de desregulação do humor disruptivo como o risco elevado para perturbações depressivas e ansiosas em estudos de acompanhamento justificam a colocação da perturbação de desregulação do humor disruptivo entre as perturbações depressivas no DSM-5. (A perturbação desafiante de oposição está incluída no capítulo «Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento».) Isto mostra que a componente do humor é mais proeminente nos indivíduos com perturbação de desregulação do humor disruptivo quando comparados com os indivíduos com perturbação desafiante de oposição. No entanto, deve também ter-se em conta que a perturbação de desregulação do humor disruptivo parece estar associada a um risco elevado para problemas de comportamento, bem como para problemas de humor.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação depressiva major, perturbações de ansiedade e perturbação do espectro do autismo. Ao contrário das crianças diagnosticadas com perturbação bipolar ou com perturbação desafiante de oposição, uma criança cujos sintomas preencham os critérios para perturbação de desregulação do humor disruptivo pode receber também o diagnóstico comórbido de PHDA, perturbação depressiva major, e/ou perturbação de ansiedade. No entanto, crianças cuja irritabilidade está presente apenas no contexto de um episódio depressivo major ou de uma perturbação depressiva persistente (distimia) devem receber um desses diagnósticos em vez do de perturbação de desregulação do humor disruptivo. Crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo podem apresentar sintomas que também preenchem os critérios de diagnóstico para uma perturbação de ansiedade e podem receber ambos os diagnósticos, mas crianças cuja irritabilidade se manifeste apenas no contexto da exacerbação de uma perturbação de ansiedade devem receber o diagnóstico da perturbação de ansiedade relevante em vez do diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo. Além disso, crianças com perturbações do espectro do autismo apresentam muitas vezes explosões temperamentais quando, por exemplo, as suas rotinas são alteradas. Nesse caso, as explosões temperamentais devem ser consideradas secundárias à perturbação do espectro do autismo e a criança não deve receber o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Perturbação explosiva intermitente. As crianças com sintomas sugestivos de perturbação explosiva intermitente apresentam episódios de explosão de temperamento graves muito semelhantes aos das crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo. Contudo, ao contrário da perturbação de desregulação do humor disruptivo, a perturbação explosiva intermitente não requer perturbação persistente do humor entre os episódios. Além disso, a perturbação explosiva intermitente requer apenas 3 meses de sintomas ativos, ao contrário dos 12 meses necessários para a perturbação de desregulação do humor disruptivo. Assim, estes dois diagnósticos não devem ser feitos na mesma criança. Para crianças com explosões e irritabilidade persistente intercorrente, apenas se deve atribuir o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Comorbilidades

As taxas de comorbilidade na perturbação de desregulação do humor disruptivo são extremamente elevadas. É raro encontrar indivíduos cujos sintomas preencham apenas os critérios de diagnóstico para perturbação de desregulação do humor disruptivo. A comorbilidade

entre a perturbação de desregulação do humor disruptivo e outras síndromes definidas no DSM parece ser mais elevada do que para muitas outras doenças mentais pediátricas; a maior sobreposição é com a perturbação desafiante de oposição. Não só a taxa global de comorbilidade na perturbação de desregulação do humor disruptivo é elevada, como também a variedade das doenças comórbidas parece particularmente diversa. Estas crianças apresentam-se nas clínicas com uma ampla variedade de sintomas e diagnósticos de comportamento disruptivo, do humor, de ansiedade e mesmo do espectro do autismo. Contudo, as crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo não devem apresentar sintomas que preencham os critérios para perturbação bipolar, visto que, nesse contexto, apenas deve ser realizado o diagnóstico de perturbação bipolar. Se as crianças têm sintomas que preenchem os critérios para perturbação desafiante de oposição ou perturbação explosiva intermitente *e* para perturbação de desregulação do humor disruptivo, apenas deve ser atribuído o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo. Do mesmo modo, tal como já referido, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo não deve ser atribuído se os sintomas ocorrem apenas num contexto que provoca ansiedade, quando as rotinas de uma criança com perturbação do espectro do autismo ou perturbação obsessivo-compulsiva são alteradas, ou no contexto de um episódio depressivo major.

Perturbação Depressiva Major

Critérios de Diagnóstico

A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de 2 semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda de prazer ou do interesse.

Nota. Não incluir os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (**Nota.** Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável.)
2. Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).
3. Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota.** Em crianças, deve considerar-se o não se atingir o aumento esperado de peso.)
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável pelos outros, não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).
8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).

9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota. Os critérios A-C representam um episódio depressivo major.

Nota. As respostas a uma perda significativa (por exemplo, perda de um ente querido, ruína financeira, perdas causadas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, diminuição do apetite e perda de peso referidos no Critério A, os quais se podem assemelhar a um episódio depressivo. Embora esses sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados face à perda, para além da resposta normal a uma perda significativa deve ser cuidadosamente considerada a presença de um episódio depressivo major. Esta decisão requer inevitavelmente o exercício de um julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais de expressão de mal-estar no contexto da perda[1].

D. A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.

E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.
Nota. Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco ou hipomaníaco são induzidos por substâncias ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Procedimentos para registo e codificação

O código de diagnóstico para a perturbação depressiva major baseia-se no facto de este ser um episódio único ou recorrente, na gravidade atual, na presença de características psicóticas e no estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são apenas indicadas se a totalidade dos critérios para episódio depressivo major estiver presentemente preenchida. Os especificadores de remissão são apenas indicados se a totalidade dos critérios para episódio depressivo major não estiver presentemente preenchida. Os códigos são os seguintes:

[1] Na distinção entre luto e episódio depressivo major (EDM), é útil considerar que no luto o sentimento predominante é o de vazio e de perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de sentir alegria ou prazer. É provável que a disforia no luto diminua de intensidade ao longo de dias a semanas e que ocorra por vagas, as chamadas pontadas de dor. Estas vagas tendem a estar associadas com pensamentos e recordações do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está vinculado a pensamentos específicos ou preocupações. A dor no luto pode ser acompanhada por emoções positivas e humor que são incaracterísticos da infelicidade penetrante e miserabilismo característicos de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto é geralmente caracterizado por pensamentos e memórias do falecido, mais do que as ruminações autocríticas ou pessimistas observadas num EDM. No luto, a autoestima está em geral preservada, enquanto no EDM são comuns sentimentos de inutilidade e de inferioridade. Se a ideação autodepreciativa está presente no luto, ela tipicamente envolve falhas sentidas em relação ao falecido (por exemplo, não o ter visitado com a frequência suficiente, não lhe ter dito quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e em morrer, tais pensamentos são geralmente centrados no falecido e na possibilidade de se lhe «juntar», enquanto no EDM tais pensamentos estão focados em terminar a sua própria vida devido ao sentimento de inutilidade, desmerecimento da vida, ou incapacidade para lidar com a dor da depressão.

Especificador de gravidade/curso	Episódio único	Episódio recorrente*
Ligeiro (p. 222)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado (p. 222)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 222)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Com características psicóticas** (p. 220)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
Em remissão parcial (p. 222)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
Em remissão total (p. 222)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Não especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

*Para um episódio ser considerado recorrente, tem de existir um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos entre episódios distintos no qual os critérios para episódio depressivo major não estão preenchidos. As definições dos especificadores encontram-se nas páginas indicadas.
**Se estão presentes características psicóticas, codificar o especificador «com características psicóticas» independentemente da gravidade do episódio.

No registo do nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados pela ordem seguinte: episódio depressivo major, episódio único ou recorrente, especificadores de gravidade/psicótico/remissão, seguidos por tantos especificadores sem código quantos os que se aplicam ao episódio atual.
Especificar:

Com angústia ansiosa (p. 218)
Com características mistas (pp. 218-219)
Com características melancólicas (p. 219-220)
Com características atípicas (pp. 220)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 220)
Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 220)
Com catatonia (p. 221) **Nota de codificação:** use o código adicional **293.89 (F06.1)**.
Com início no período periparto (pp. 221)
Com padrão sazonal (apenas para episódio recorrente) (pp. 221-222)

Características de Diagnóstico

Os critérios de sintomas para perturbação depressiva major devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alterações do peso e ideação suicida. O humor deprimido deve estar presente durante a maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Muitas vezes, a insónia ou a fadiga são as queixas de apresentação e a não investigação de sintomas depressivos acompanhantes resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser inicialmente negada, mas pode ser evidenciada através da entrevista ou inferida a partir da expressão facial ou do comportamento. Nos indivíduos que se focam numa queixa somática, os clínicos devem determinar se o mal-estar decorrente da queixa está associado a sintomas depressivos específicos. A fadiga e as alterações do sono estão presentes numa elevada proporção de casos; as alterações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de uma maior gravidade global, tal como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

A característica essencial de um episódio depressivo major é um período de pelo menos 2 semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas

as atividades (Critério A). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo deve igualmente experimentar pelo menos 4 sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações do apetite ou do peso, do sono e da atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização ou de culpa; dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida ou planos ou tentativas de suicídio. Para ser considerado sintoma de um episódio depressivo major, este deve ser recente ou ter piorado claramente em comparação com o estado do indivíduo anterior ao episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos 2 semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento. Para alguns indivíduos com episódios mais ligeiros, o funcionamento pode parecer normal, mas requer um esforço claramente aumentado.

O humor num episódio depressivo major é muitas vezes descrito pelo indivíduo como deprimido, triste, sem esperança, desanimado ou como se «tivesse batido no fundo do poço» (Critério A1). Em alguns casos, a tristeza pode ser inicialmente negada, mas ser subsequentemente evidenciada durante a entrevista (por exemplo, mostrando à pessoa que parece estar prestes a chorar). Em alguns indivíduos que se queixam de se sentirem vazios, sem emoções ou ansiosos, a presença de humor deprimido pode ser inferida a partir da sua expressão facial ou do seu comportamento. Alguns indivíduos enfatizam queixas somáticas (por exemplo, dores no corpo) em vez de relatarem sentimentos de tristeza. Muitos descrevem, ou mostram, aumento da irritabilidade (por exemplo, irritabilidade persistente, tendência a responder aos acontecimentos com explosões de raiva ou culpando os outros, ou um sentimento exagerado de frustração a propósito de acontecimentos menores). Em crianças e adolescentes, pode desenvolver-se um humor irritável ou rabugento em vez do humor triste ou desanimado. Esta apresentação deve ser distinguida de um padrão de irritabilidade quando a criança se sente frustrada.

A perda de interesse ou de prazer está quase sempre presente, pelo menos num dado grau. Os indivíduos podem declarar sentir-se menos interessados nos seus passatempos – «já não me interesso» – ou deixar de ter prazer em atividades que antes lhes davam prazer (Critério A2). Os membros da família notam frequentemente um desleixo ou afastamento de passatempos agradáveis (por exemplo, um golfista antes entusiasta deixa de jogar, uma criança que gostava de jogar futebol arranja desculpas para não jogar). Nalguns indivíduos há uma redução significativa dos níveis prévios de desejo ou interesse sexual.

O apetite pode estar diminuído ou aumentado. Alguns indivíduos deprimidos relatam que têm de se obrigar a comer. Outros podem comer mais ou desejar comidas específicas (por exemplo, doces ou outros hidratos de carbono). Quando as alterações do apetite são graves (aumento ou diminuição), pode existir uma perda ou aumento de peso significativos, ou, em crianças, não se atingirem os aumentos de peso esperados para a idade (Critério A3).

As alterações do sono podem tomar a forma de dificuldade em dormir ou de dormir em excesso (Critério A4). Quando a insónia está presente, esta tipicamente toma a forma de insónia intermédia (isto é, acordar durante a noite e ter dificuldade em voltar a dormir) ou insónia terminal (isto é, acordar demasiado cedo e ter dificuldades em voltar a dormir). A insónia inicial (isto é, dificuldade em adormecer) pode também ocorrer. Indivíduos que dormem em excesso (hipersónia) podem ter episódios de sono prolongados à noite ou períodos de sono diurno aumentados. Por vezes, o motivo que leva o indivíduo a procurar tratamento é o sono perturbado.

As alterações psicomotoras incluem agitação (por exemplo, incapacidade para estar parado, andar de um lado para o outro, mexer as mãos; puxar ou esfregar a pele, a roupa ou outros objetos) ou lentificação (por exemplo, lentidão na fala, pensamento e movimentos corporais; pausas aumentadas antes de responder; o discurso apresenta diminuições no volume, inflexão, quantidade e variedade no conteúdo, ou mutismo) (Critério A5). A agitação ou lentificação psicomotoras devem ser suficientemente intensas para poderem ser observadas pelos outros e não representarem meramente sentimentos subjetivos.

A diminuição da energia, o cansaço e a fadiga são comuns (Critério A6). O indivíduo pode descrever fadiga mantida na ausência de esforço físico. Mesmo as tarefas mais pequenas parecem exigir um esforço substancial. A eficiência com que as tarefas são realizadas pode estar diminuída. Por exemplo, um indivíduo pode queixar-se que lavar-se e vestir-se de manhã é esgotante e que demora o dobro do tempo habitual.

O sentimento de desvalorização pessoal ou de culpa associado ao episódio depressivo major pode incluir avaliações negativas irrealistas do seu próprio valor ou preocupações de culpa ou ruminações acerca de falhanços menores do passado (Critério A7). Esses indivíduos, com frequência, interpretam mal acontecimentos neutros ou triviais do dia-a-dia como uma evidência de defeitos pessoais e têm um sentimento exagerado de responsabilidade em relação a acontecimentos desagradáveis. O sentimento de desvalorização e de culpa pode ser de proporções delirantes (por exemplo, um indivíduo que está convencido de que é pessoalmente responsável pela pobreza no mundo). É comum o sentimento de culpabilização por estar doente ou por ser incapaz de desempenhar as suas responsabilidades ocupacionais ou interpessoais como resultado da depressão, mas, a não ser que seja delirante, não é considerado suficiente para preencher este critério.

Muitos indivíduos descrevem diminuição da capacidade para pensar, concentrar-se ou mesmo para tomar decisões menores (Critério A8). Pode parecer que se distraem com facilidade ou queixar-se de dificuldades de memória. Aqueles que desempenham atividades intelectualmente exigentes são frequentemente incapazes de funcionar. Em crianças, uma diminuição súbita nas avaliações escolares pode refletir dificuldades de concentração. Em indivíduos idosos, as dificuldades de memória podem ser a queixa principal e serem confundidas com sinais precoces de demência («pseudodemência»). Quando o episódio depressivo major é tratado com êxito, é frequente os problemas da memória desaparecerem completamente. Contudo, em alguns indivíduos, particularmente nos idosos, um episódio depressivo major pode por vezes ser a apresentação inicial de uma demência irreversível.

Pensamentos de morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio são comuns (Critério A9). Eles podem variar desde o desejo passivo de não acordar de manhã ou a crença de que os outros estariam melhor se a pessoa estivesse morta, a pensamentos transitórios mas recorrentes de cometer suicídio, até ao plano específico de suicídio. Indivíduos com ideação suicida mais grave podem ter colocado os seus assuntos em ordem (por exemplo, testamentos atualizados, dívidas liquidadas), adquirido os materiais necessários (por exemplo, uma corda ou uma arma) e escolhido o local e a hora para cometer suicídio. As motivações para o suicídio podem incluir o desejo de desistir perante obstáculos entendidos como intransponíveis, um desejo intenso de terminar com um estado emocional excruciantemente doloroso que o indivíduo considera não ter fim, uma incapacidade para antever qualquer prazer na vida ou o desejo de não se tornar um peso para os outros. A firmeza de tais pensamentos pode ser uma medida mais significativa da diminuição do risco de suicídio do que a negação de planos de suicídio futuros.

A avaliação dos sintomas de um episódio depressivo major é especialmente difícil quando ocorrem num indivíduo que tem igualmente uma condição médica geral (por exemplo, cancro, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, diabetes, gravidez). Alguns dos sinais e sintomas presentes nos critérios para episódio depressivo major são idênticos aos sinais e sintomas característicos dessas condições médicas gerais (por exemplo, perda de peso na diabetes não tratada; fadiga no cancro; hipersónia no início da gravidez; insónia no final da gravidez ou no pós-parto). Tais sintomas contam para o diagnóstico de episódio depressivo major, exceto quando são clara e completamente atribuíveis a uma condição médica geral. Nessas situações, os sintomas não vegetativos de disforia, anedonia, culpa ou desvalorização, diminuição da concentração ou indecisão, e pensamentos suicidas devem ser avaliados com particular cuidado. As definições de episódios depressivos major que foram modificadas de modo a incluir apenas estes sintomas não vegetativos parecem identificar praticamente os mesmos indivíduos que os critérios de diagnóstico completos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação depressiva major está associada a uma elevada mortalidade que em muito se deve ao suicídio; no entanto, o suicídio não é a única causa. Por exemplo, indivíduos deprimidos internados em lares têm uma probabilidade acentuadamente maior de falecer durante o primeiro ano. Os indivíduos apresentam frequentemente choro fácil, irritabilidade, melancolia, ruminações obsessivas, ansiedade, fobias, preocupações excessivas acerca da saúde física e queixas de dor (por exemplo, cefaleias, dores articulares, abdominais ou outras dores). Em crianças pode ocorrer ansiedade de separação.

Embora exista uma extensa literatura descrevendo correlações neuroanatómicas, neuroendócrinas e neurofisiológicas com a perturbação depressiva major, nenhum teste laboratorial obteve resultados com sensibilidade e especificidade suficientes para ser utilizado como instrumento de diagnóstico para esta perturbação. Até há pouco tempo, a desregulação associada a episódios depressivos major mais extensamente investigada foi a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal. Esta parece estar relacionada com melancolia, características psicóticas e risco de eventual suicídio. Estudos moleculares implicaram também fatores periféricos, incluindo variantes genéticas de fatores neurotróficos e de citocinas pró-inflamatórias. Igualmente, em adultos com depressão major, estudos de imagiologia de ressonância magnética funcional revelaram a existência de anomalias funcionais em sistemas neuronais específicos que dão suporte ao processamento das emoções, à procura de recompensa e à regulação da emoção.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação depressiva major nos EUA é aproximadamente 7% com diferenças acentuadas por grupo etário, de tal forma que a prevalência em indivíduos entre os 18 e os 29 anos é 3 vezes superior à prevalência em indivíduos com 60 ou mais anos. Desde o início da adolescência, o sexo feminino tem taxas 1,5 a 3 vezes superiores em relação ao sexo masculino.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação depressiva major pode ter início em qualquer idade, mas a sua probabilidade de desenvolvimento aumenta marcadamente com a puberdade. Nos EUA, parece haver um pico de incidência na terceira década de vida. Porém, não é raro o início no final da vida.

O curso da perturbação depressiva major é bastante variável, de tal modo que alguns indivíduos raramente, se alguma vez, têm uma remissão (um período de pelo menos 2 ou mais meses sem qualquer sintoma, ou apenas 1 ou 2 sintomas de intensidade não mais do que ligeira), enquanto outros podem ter vários anos com poucos ou nenhuns sintomas nos períodos entre episódios isolados. É importante distinguir os indivíduos que se apresentam para tratamento durante uma exacerbação de uma doença depressiva crónica daqueles cujos sintomas se desenvolveram recentemente. A cronicidade dos sintomas depressivos aumenta substancialmente a probabilidade de perturbações subjacentes da personalidade, de ansiedade e de uso de substâncias e diminui a probabilidade de resolução completa dos sintomas após o tratamento. É, pois, útil pedir aos indivíduos que apresentam sintomas depressivos que identifiquem o último período de pelo menos 2 meses durante o qual estiveram sem qualquer sintoma depressivo.

Para 2 em cada 5 indivíduos, a recuperação inicia-se 3 meses após o início da perturbação e, no prazo de 1 ano, para 4 em cada 5 indivíduos. As características do início da perturbação são uma determinante importante da probabilidade de recuperação a curto prazo, podendo muitos indivíduos que estiveram deprimidos apenas durante alguns meses recuperar espontaneamente. As características associadas a baixas taxas de recuperação, exceto a duração do episódio atual, incluem características psicóticas, ansiedade proeminente, perturbações da personalidade e a gravidade dos sintomas.

O risco de recorrência torna-se progressivamente mais baixo ao longo do tempo à medida que aumenta a duração da remissão. O risco é mais elevado em indivíduos cujo episódio precedente foi grave, em indivíduos jovens e naqueles que já tiveram vários episódios. A persistência de sintomas depressivos, mesmo que ligeiros, durante a remissão é um poderoso preditor de recorrência.

Muitas doenças bipolares têm início com um ou mais episódios depressivos, sendo que uma substancial proporção de indivíduos que inicialmente parece ter uma perturbação depressiva major provará, com o tempo, ter antes uma perturbação bipolar. Isto é mais provável em indivíduos com início da doença na adolescência, naqueles que apresentam características psicóticas e naqueles que apresentam uma história familiar de perturbação bipolar. A presença do especificador «com características mistas» também aumenta o risco de um diagnóstico futuro de mania ou hipomania. Pode haver uma mudança de perturbação depressiva major, particularmente com características psicóticas, para esquizofrenia, mudança essa que é muito mais frequente do que a inversa.

Apesar das consistentes diferenças entre géneros das taxas de prevalência da perturbação depressiva major, parece não existir uma diferença clara entre géneros no que toca à fenomenologia, curso ou resposta ao tratamento. De igual modo, a idade atual não apresenta efeitos claros no curso ou resposta ao tratamento da perturbação depressiva major. Existem, porém, algumas diferenças nos sintomas. A hipersónia e a hiperfagia são mais frequentes em indivíduos jovens e os sintomas melancólicos, particularmente as alterações psicomotoras, são mais comuns em indivíduos idosos. A probabilidade de ocorrerem tentativas de suicídio diminui a meio e no final da vida, embora tal não suceda no que respeita ao risco de cometer suicídio. As depressões com idade de início precoce têm um caráter mais familiar e, com maior probabilidade, envolvem perturbações da personalidade. Nos próprios indivíduos, por regra, o curso da perturbação depressiva major não se altera com o envelhecimento. Os tempos médios de recuperação parecem ser estáveis durante longos períodos, sendo que a probabilidade de estar num episódio não aumenta nem diminui com o tempo.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. O neuroticismo (afetividade negativa) é um fator de risco bem estabelecido para o início da perturbação depressiva major. Os seus níveis elevados parecem tornar os indivíduos mais suscetíveis a desenvolver episódios depressivos em resposta a acontecimentos de vida geradores de stress.

Ambientais. Experiências adversas na infância, especialmente quando existem experiências múltiplas de diversos tipos, constituem um conjunto de potentes fatores de risco para perturbação depressiva major. Os acontecimentos de vida geradores de stress são precipitantes de episódios depressivos major bem estabelecidos, mas a presença ou ausência de acontecimentos de vida adversos próximos do início dos episódios não parece fornecer orientações úteis para o prognóstico ou para a escolha do tratamento.

Genéticos e fisiológicos. Os familiares de primeiro grau de indivíduos com perturbação depressiva major têm um risco 2 a 4 vezes mais elevado para esta perturbação do que a população geral. Os riscos relativos parecem ser mais elevados para as formas com início precoce e recorrente. A hereditariedade é aproximadamente 40% e o traço de personalidade neuroticismo contribui para uma porção substancial desta responsabilidade genética.

Modificadores do curso. De forma geral, todas as perturbações major não relacionadas com o humor aumentam o risco de um indivíduo desenvolver uma depressão. Os episódios depressivos major que surgem no contexto de outra perturbação seguem, com frequência, um curso mais refratário. As perturbações de uso de substâncias e de ansiedade, bem como a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, estão entre as mais frequentes dessas perturbações, sendo que os sintomas depressivos de apresentação inicial podem confundir e atrasar o seu reconhecimento. No entanto, a melhoria clínica sustentada dos sintomas depressivos pode depender do tratamento adequado das doenças subjacentes. As condições médicas crónicas e incapacitantes aumentam, também, o risco de episódios depressivos major. Doenças prevalentes como diabetes, obesidade mórbida e doença cardiovascular são muitas vezes complicadas por episódios depressivos, sendo que estes episódios têm uma maior probabilidade de se tornarem crónicos do que os episódios depressivos em indivíduos medicamente saudáveis.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Inquéritos sobre perturbação depressiva major em várias culturas revelaram diferenças de 7 vezes nas taxas de prevalência a 12 meses, mas muito maior consistência na proporção entre os sexos feminino e masculino, idades médias de início e o grau para o qual a presença da perturbação aumenta a probabilidade de abuso de substâncias comórbido. Enquanto estes achados sugerem diferenças culturais significativas no que respeita à expressão da perturbação depressiva major, eles não permitem associações simples entre uma cultura em particular e a probabilidade de apresentar sintomas específicos. Pelo contrário, os clínicos devem estar alerta para o facto de que, na maior parte dos países, a maioria dos casos de depressão não é reconhecida a nível dos cuidados de saúde primários e de que em muitas culturas os sintomas somáticos são muito provavelmente a queixa que o doente apresenta. Dos sintomas do Critério A, a insónia e a perda de energia são os mais uniformemente referidos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Embora os achados mais reproduzíveis na epidemiologia da perturbação depressiva major sejam a prevalência mais elevada no sexo feminino, não há diferenças claras entre géneros

no que respeita aos sintomas, curso, resposta ao tratamento ou consequências funcionais. No sexo feminino, o risco de tentativas de suicídio é mais elevado e o risco de suicídios consumados é mais baixo. A disparidade na taxa de suicídio por género não é tão grande entre indivíduos com perturbações depressivas como o é na população em geral.

Risco de Suicídio

A possibilidade de comportamentos suicidários existe em qualquer momento durante os episódios depressivos major. O fator de risco mais consistentemente descrito é a história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, mas deve ser tido em conta que a maioria dos suicídios consumados não é precedido por tentativas mal sucedidas. Outras características associadas com um risco aumentado de suicídio consumado são o sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos intensos de falta de esperança. A presença de personalidade estado-limite (*borderline*) aumenta marcadamente o risco de futuras tentativas de suicídio.

Consequências Funcionais da Perturbação Depressiva Major

Muitas das consequências funcionais da perturbação depressiva major resultam dos sintomas individuais. Os défices no funcionamento podem ser muito ligeiros, de tal modo que muitos dos indivíduos que interagem com o indivíduo afetado não se apercebem dos sintomas depressivos. Contudo, os défices também podem conduzir a uma completa incapacidade funcional, de tal modo que o indivíduo deprimido não é capaz de realizar as suas necessidades básicas de autocuidado ou está em mutismo ou catatónico. Entre os indivíduos observados em contextos médicos gerais, os que têm perturbação depressiva major têm mais dores e doenças físicas e uma maior diminuição nos funcionamentos físico, social e de desempenho de papéis.

Diagnóstico Diferencial

Episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos. Os episódios depressivos major com humor irritável proeminente podem ser difíceis de distinguir dos episódios maníacos com humor irritável ou dos episódios mistos. Esta distinção requer uma avaliação clínica cuidadosa da presença de sintomas maníacos.

Perturbação de humor devida a outra condição médica. Um episódio depressivo major é o diagnóstico adequado se, com base na história individual, exame físico e dados laboratoriais, se considera que a alteração do humor não é uma consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica (por exemplo, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, hipotiroidismo).

Perturbação depressiva induzida por substância/medicamento ou perturbação bipolar. Esta perturbação distingue-se da perturbação depressiva major pelo facto de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, uma toxina) parecer estar etiologicamente relacionada com a perturbação de humor. Por exemplo, o humor deprimido que ocorre apenas no contexto da abstinência de cocaína deve ser diagnosticado como perturbação depressiva induzida por cocaína.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. A distratibilidade e a baixa tolerância à frustração tanto podem ocorrer na perturbação de hiperatividade/défice de atenção, como no episódio depressivo major; se forem preenchidos os critérios para ambas as perturbações, a perturba-

ção de hiperatividade/défice de atenção pode ser diagnosticada em conjunto com a perturbação do humor. Contudo, o clínico deve ser cauteloso em não sobrediagnosticar um episódio depressivo major em crianças com perturbação de hiperatividade/défice de atenção cuja perturbação de humor é caracterizada por irritabilidade e não por tristeza ou perda de interesse.

Perturbação de ajustamento com humor deprimido. Um episódio depressivo major que ocorre em resposta a um fator de stress psicossocial distingue-se da perturbação de ajustamento com humor deprimido pelo facto de que a totalidade dos critérios para episódio depressivo major não está preenchida na perturbação de ajustamento.

Tristeza. Finalmente, os períodos de tristeza são aspetos inerentes da experiência humana. Estes períodos não devem ser diagnosticados como episódios depressivos major, a não ser que sejam preenchidos os critérios de gravidade (isto é, 5 sintomas de um conjunto de 9), duração (isto é, a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos 2 semanas) e défices ou mal-estar clinicamente significativos. O diagnóstico de perturbação depressiva com outra especificação pode ser apropriado para as apresentações com humor deprimido com défices clinicamente significativos que não preencham os critérios de duração ou gravidade.

Comorbilidades

Outras perturbações com as quais a perturbação depressiva major ocorre frequentemente em simultâneo são as perturbações relacionadas com substâncias, a perturbação de pânico, a perturbação obsessivo-compulsiva, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade.

Perturbação Depressiva Persistente (Distimia)

Critérios de Diagnóstico **300.4 (F34.1)**

Esta perturbação representa a fusão da perturbação depressiva major crónica e da perturbação distímica definidas no DSM-IV.

A. Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos 2 anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.
   Nota. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de pelo menos 1 ano.
B. Presença, enquanto deprimido, de 2 (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. Apetite diminuído ou aumentado.
   2. Insónia ou hipersónia.
   3. Baixa energia ou fadiga.
   4. Baixa autoestima.
   5. Falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões.
   6. Sentimentos de desesperança.
C. Durante um período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses de cada vez.
D. Os critérios para perturbação depressiva major podem estar continuamente presentes durante 2 anos.
E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica.

F. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.

G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica (por exemplo, hipotiroidismo).

H. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

Nota. Uma vez que os critérios para episódio depressivo major incluem 4 sintomas que estão ausentes da lista de sintomas para perturbação depressiva persistente (distimia), um número muito limitado de indivíduos terá sintomas depressivos que tenham persistido por mais de 2 anos mas que não preencha os critérios para perturbação depressiva persistente. Se em qualquer momento do episódio atual da doença a totalidade dos critérios para episódio depressivo major tiver sido preenchida, esses indivíduos devem ser diagnosticados como tendo uma perturbação depressiva major. Caso contrário, deve ser atribuído o diagnóstico de perturbação depressiva com outra especificação ou de perturbação depressiva não especificada.

Especificar se:

Com mal-estar ansioso (p. 218)
Com características mistas (pp. 218-219)
Com características melancólicas (p. 219-220)
Com características atípicas (pp. 220)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 220)
Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 220)
Com início no período periparto (pp. 221)

Especificar se:

Em remissão parcial (p. 222)
Em remissão completa (p. 222)

Especificar se:

Com início precoce. Se o início dos sintomas é anterior aos 21 anos.
Com início tardio. Se o início dos sintomas é aos 21 anos ou posteriormente.

Especificar se (para os 2 anos mais recentes da perturbação depressiva persistente):

Com síndrome distímica pura. Os critérios completos para episódio depressivo major não foram preenchidos pelo menos no período dos últimos 2 anos.
Com episódio depressivo major persistente. Os critérios completos para episódio depressivo major foram preenchidos ao longo do período dos últimos 2 anos.
Com episódios depressivos major intermitentes, com episódio depressivo atual. Os critérios completos para episódio depressivo major estão atualmente preenchidos, mas houve períodos de pelo menos 8 semanas, pelo menos nos últimos 2 anos, com sintomas abaixo do limiar para episódio depressivo major completo.
Com episódios depressivos major intermitentes, sem episódio depressivo atual. Os critérios completos para episódio depressivo major não estão atualmente preenchidos, mas houve um ou mais episódios depressivos major pelo menos nos últimos 2 anos.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira (p. 222)
Moderada (p. 222)
Grave (p. 222)

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação depressiva persistente (distimia) é o humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, pelo menos durante 2 anos, ou pelo menos durante 1 ano para crianças e adolescentes (Critério A). Esta perturbação representa uma fusão da perturbação depressiva major crónica e da perturbação distímica definidas no DSM-IV. A depressão major pode preceder a perturbação depressiva persistente e os episódios depressivos major podem ocorrer durante a perturbação depressiva persistente. Os indivíduos cujos sintomas preencham os critérios para perturbação depressiva major durante um período de 2 anos devem ser diagnosticados como tendo uma perturbação depressiva persistente bem como uma perturbação depressiva major.

Indivíduos com perturbação depressiva persistente descrevem o seu humor como triste ou como se «tivessem batido no fundo do poço». Durante os períodos de humor deprimido estão presentes pelo menos 2 de 6 sintomas do Critério B. Uma vez que os sintomas se tornam parte da experiência do dia-a-dia do indivíduo, sobretudo naqueles com início precoce (por exemplo, «Eu sempre fui assim»), não são muitas vezes descritos pelo indivíduo a não ser que sejam diretamente instados a fazê-lo. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes), qualquer intervalo livre de sintomas não dura mais de 2 meses (Critério C).

Prevalência

A perturbação depressiva persistente é efetivamente uma amálgama da perturbação distímica e dos episódios depressivos major crónicos definidos no DSM-IV. A prevalência aos 12 meses nos EUA é de cerca de 0,5% para a perturbação depressiva persistente e 1,5% para a perturbação depressiva major crónica.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação depressiva recorrente tem muitas vezes início precoce e insidioso (isto é, na infância, adolescência ou no início da idade adulta) e, por definição, um curso crónico. Nos indivíduos com perturbação depressiva persistente e, simultaneamente, com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, a covariância das características correspondentes ao longo do tempo sugere o funcionamento de um mecanismo comum. O início precoce (isto é, antes dos 21 anos) está associado a uma mais elevada probabilidade de perturbações da personalidade comórbidas e com perturbações de uso de substâncias.

Quando os sintomas atingem o nível de um episódio depressivo major, eles têm a probabilidade de reverterem subsequentemente para um nível mais baixo. Contudo, a probabilidade de os sintomas depressivos remitirem num determinado período de tempo é menor no contexto de uma perturbação depressiva recorrente do que no de um episódio depressivo major.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores preditores de mau prognóstico a longo prazo incluem níveis elevados de neuroticismo (afetividade negativa), maior gravidade dos sintomas, pior funcionamento global e presença de perturbações de ansiedade ou de perturbações do comportamento.

Ambientais. Fatores de risco da infância incluem a perda ou separação parental.

Genéticos e fisiológicos. Não existem diferenças claras no desenvolvimento, curso ou história familiar entre a perturbação distímica e a perturbação depressiva major crónica

descritas no DSM-IV. As evidências anteriores relativas a cada uma das perturbações referidas são, deste modo, provavelmente aplicáveis à perturbação depressiva persistente. É, pois, provável que indivíduos com perturbação depressiva persistente tenham uma maior proporção de familiares de primeiro grau com perturbação depressiva persistente do que os indivíduos com perturbação depressiva major, bem como mais perturbações depressivas em geral.

Várias regiões cerebrais (por exemplo, córtex pré-frontal, cingulado anterior, amígdala, hipocampo) têm sido associadas à perturbação depressiva persistente. Possivelmente existem também alterações polissonográficas.

Consequências Funcionais da Perturbação Depressiva Recorrente

É provável que o grau com que a perturbação depressiva persistente afeta os funcionamentos social e ocupacional varie bastante, mas os efeitos conseguem ser tão marcados, ou mesmo maiores, do que os da perturbação depressiva major.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação depressiva major. O diagnóstico de perturbação depressiva persistente é realizado se houver humor deprimido e 2 ou mais sintomas que preenchem os critérios para episódio depressivo persistente durante pelo menos 2 anos. O diagnóstico depende da duração de 2 anos, o que o distingue dos episódios de depressão que não duram 2 anos. Em qualquer momento desse período, se os critérios de sintomas são suficientes para o diagnóstico de episódio depressivo major, dever-se-á fazer o diagnóstico de depressão major, não sendo, todavia, codificado como um diagnóstico separado, mas sim como um especificador de diagnóstico de perturbação depressiva persistente. Se, no momento atual, os sintomas do indivíduo preenchem a totalidade dos critérios de diagnóstico para episódio depressivo major, então deve ser utilizado o especificador «com episódios depressivos major intermitentes, episódio depressivo atual». Se o episódio depressivo major tiver persistido por um período de pelo menos 2 anos e ainda está presente, então é utilizado o especificador «com episódio depressivo major persistente». Quando os critérios de diagnóstico para episódio depressivo major não estão atualmente preenchidos na totalidade, mas houve pelo menos um episódio prévio de depressão major no contexto de pelo menos 2 anos de sintomas depressivos persistentes, então é utilizado o especificador «com episódios depressivos major intermitentes, sem episódio depressivo atual». Se o indivíduo não teve nenhum episódio depressivo major nos últimos 2 anos, então é utilizado o especificador «com síndrome distímica pura».

Perturbações psicóticas. Os sintomas depressivos podem ser uma característica comummente associada a perturbações psicóticas crónicas (por exemplo, perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação delirante). O diagnóstico separado de perturbação depressiva persistente não é feito se os sintomas ocorrem apenas durante o curso da perturbação psicótica (incluindo as fases residuais).

Perturbações depressivas ou bipolares e outras perturbações relacionadas devidas a outra condição médica. A perturbação depressiva persistente tem de ser distinguida das perturbações depressivas ou bipolares e das perturbações relacionadas devidas a outra condição médica. O diagnóstico é de perturbações depressivas ou bipolares e perturbações relacionadas

devidas a outra condição médica se a perturbação do humor é, com base na história clínica, exame físico ou achados laboratoriais, atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica específica, habitualmente crónica (por exemplo, esclerose múltipla). Se os sintomas depressivos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica, então regista-se a perturbação mental primária (por exemplo, perturbação depressiva persistente) e a condição médica regista-se como condição médica concomitante (por exemplo, *diabetes mellitus*).

Perturbações depressivas ou bipolares induzidas por substância/medicamento. As perturbações depressivas ou bipolares e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento distinguem-se da perturbação depressiva persistente quando uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, uma toxina) se considera estar etiologicamente relacionada com a perturbação do humor.

Perturbações da personalidade. Frequentemente, há evidência de uma perturbação da personalidade coexistente. Quando o quadro clínico preenche os critérios para perturbação depressiva persistente e perturbação da personalidade, devem ser dados ambos os diagnósticos.

Comorbilidades

Quando comparados com indivíduos com perturbação depressiva major, aqueles que apresentam perturbação depressiva persistente têm um risco mais elevado de comorbilidades psiquiátricas em geral, bem como de perturbações de ansiedade e de uso de substâncias em particular. A perturbação depressiva persistente de início precoce está fortemente associada às perturbações da personalidade dos Grupos B e C do DSM-IV.

Perturbação Disfórica Pré-Menstrual

Critérios de Diagnóstico 625.4 (N94.3)

A. Na maioria dos ciclos menstruais, presença de pelo menos 5 sintomas na semana anterior ao início da menstruação, começando estes a *melhorar* poucos dias após o início da menstruação e tornando-se *mínimos* ou ausentes na semana pós-menstruação.

B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. Labilidade afetiva marcada (por exemplo, variações de humor; sentir se repentinamente triste ou chorosa, ou com sensibilidade aumentada perante a rejeição).
   2. Raiva ou irritabilidade acentuadas ou aumento dos conflitos interpessoais.
   3. Humor deprimido, sentimentos de desesperança ou ideias de autodesaprovação acentuados.
   4. Ansiedade, tensão e/ou sensação de estar excitada ou enervada.

C. Adicionalmente, presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas, de modo a, quando combinado(s) com os sintomas do Critério B, perfazerem um total de 5 sintomas:
   1. Diminuição do interesse pelas atividades habituais (por exemplo, trabalho, escola, amigos, passatempos).
   2. Dificuldades subjetivas de concentração.
   3. Letargia, fadiga fácil ou marcada falta de energia.
   4. Alterações significativas do apetite, ingestão alimentar excessiva ou *craving* por alimentos específicos.
   5. Hipersónia ou insónia.

6. Sensação de ser oprimida ou de estar fora de controlo.
7. Sintomas físicos como hipersensibilidade ou tensão mamária, dores articulares ou musculares, sensação de «inchar» ou aumento de peso.

Nota. Os sintomas dos critérios A-C devem ter estado presentes na maioria dos ciclos menstruais que ocorreram durante o ano anterior.

D. Os sintomas estão associados a mal-estar clinicamente significativo ou interferem com o trabalho, a escola, as atividades sociais habituais e as relações com os outros (por exemplo, evitamento de atividades sociais, diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).

E. A alteração não é uma simples exacerbação de sintomas de outra perturbação, tais como perturbação depressiva major, perturbação de pânico, perturbação depressiva persistente (distimia) ou uma perturbação da personalidade (ainda que a perturbação disfórica pré-menstrual possa ocorrer em concomitância com qualquer uma destas perturbações).

F. O critério A deve ser corroborado por medições diárias prospetivas durante pelo menos 2 ciclos sintomáticos. (**Nota.** O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes desta confirmação.)

G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo).

Procedimentos de Registo

Se os sintomas não foram confirmados por medições diárias prospetivas durante pelo menos 2 ciclos menstruais sintomáticos, deve ser registado «provisória» após a designação do diagnóstico (isto é, «perturbação disfórica pré-menstrual, provisória»).

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação disfórica pré-menstrual são a expressão de labilidade emocional, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e que remitem no início, ou pouco depois, da menstruação. Estes sintomas podem ser acompanhados de sintomas comportamentais ou físicos. Estes sintomas devem ocorrer na maioria dos ciclos menstruais do ano anterior e devem provocar um efeito adverso no funcionamento ocupacional ou social. A intensidade e/ou expressão dos sintomas acompanhantes pode estar intimamente relacionada com as características sociais e culturais do meio da mulher afetada, pontos de vista da família e fatores mais específicos como crenças religiosas, tolerância social e aspetos associados ao papel do género feminino.

Tipicamente, a intensidade dos sintomas atinge um máximo no início da menstruação. Embora não seja raro que os sintomas persistam nos primeiros dias da menstruação, o indivíduo deve ter um período livre de sintomas durante a fase folicular após o início do período menstrual. Enquanto os sintomas nucleares incluem sintomas do humor e de ansiedade, os sintomas comportamentais e físicos também são frequentes. Contudo, a presença de sintomas físicos e/ou comportamentais não é suficiente para o diagnóstico na ausência de sintomas do humor e/ou de ansiedade. Os sintomas são de gravidade (mas não de duração) comparável à de outras perturbações mentais, tais como o episódio depressivo major ou a perturbação de ansiedade generalizada. De modo a confirmar um diagnóstico provisório, devem ser realizadas medições diárias prospetivas dos sintomas durante pelo menos 2 ciclos menstruais sintomáticos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Delírios e alucinações têm sido descritos durante o final da fase lútea do ciclo menstrual, mas são raros. A fase pré-menstrual é por alguns considerada um período de risco para suicídio.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação disfórica pré-menstrual varia entre 1,8% e 5,8% nas mulheres que menstruam. As estimativas são substancialmente inflacionadas se forem baseadas em dados retrospetivos em vez de em medições diárias prospetivas. Contudo, a prevalência estimada baseada no registo diário dos sintomas por um período de 1-2 meses pode ser menos representativa, dado que os indivíduos com os sintomas mais graves podem ser incapazes de manter o processo de registo. A estimativa mais rigorosa da perturbação disfórica pré-menstrual é de 1,8% para mulheres cujos sintomas preenchem a totalidade dos critérios atuais mas que não apresentam défices no funcionamento e de 1,3% para mulheres cujos sintomas preenchem os critérios atuais e que apresentam défice funcional mas sem coexistência de sintomas de outra perturbação mental.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação disfórica pré-menstrual pode ter início em qualquer momento após a menarca. A incidência de novos casos durante um período de seguimento de 40 meses é de 2,5% (intervalo de confiança de 95% = 1,7-3,7). Informalmente, muitas mulheres referem agravamento dos sintomas à medida que se aproximam da menopausa. Os sintomas desaparecem após a menopausa, embora a substituição hormonal cíclica possa desencadear novamente a expressão dos sintomas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Os fatores ambientais associados com a expressão da perturbação disfórica pré-menstrual incluem stress, história de trauma causado por relações interpessoais, mudanças sazonais, bem como de aspetos socioculturais do comportamento sexual feminino em geral e do papel do género feminino em particular.

Genéticos e fisiológicos. A hereditariedade da perturbação disfórica pré-menstrual não é conhecida. Contudo, a estimativa da hereditariedade dos sintomas pré-menstruais varia entre 30% e 80%, sendo que a componente mais estável dos sintomas pré-menstruais se estima ser hereditária em cerca de 50% dos casos.

Modificadores do curso. As mulheres que usam contracetivos orais podem ter menos queixas pré-menstruais do que as que não usam contracetivos orais.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação disfórica pré-menstrual não é uma síndrome ligada à cultura e tem sido observada em indivíduos nos EUA, Europa, Índia e Ásia. Não é claro se as taxas diferem entre raças. Contudo, a frequência, intensidade e expressão dos sintomas e dos padrões de procura de ajuda podem ser significativamente influenciados por fatores culturais.

Marcadores de Diagnóstico

Como referido anteriormente, o diagnóstico de perturbação disfórica pré-menstrual é devidamente confirmado por 2 meses de medições prospetivas de sintomas. Várias escalas,

incluindo a Classificação Diária de Gravidade dos Problemas e a Escala Visual Analógica para Sintomas Pré-Menstruais de Humor foram validadas e são frequentemente utilizadas em ensaios clínicos de perturbação disfórica pré-menstrual. A Escala de Classificação da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual tem uma versão de autopreenchimento e uma versão para observador, estando ambas validadas e amplamente utilizadas para quantificar a gravidade da perturbação em mulheres que têm perturbação disfórica pré-menstrual.

Consequências Funcionais da Perturbação Disfórica Pré-Menstrual

Os sintomas devem estar associados a mal-estar clinicamente significativo e/ou a um óbvio e marcado défice no funcionamento social ou ocupacional na semana anterior à menstruação. O défice no funcionamento social pode manifestar-se em discórdias conjugais e problemas com os filhos, outros membros da família ou amigos. Problemas conjugais ou ocupacionais crónicos não devem ser confundidos com a disfunção que ocorre apenas em associação com a perturbação disfórica pré-menstrual.

Diagnóstico Diferencial

Síndrome pré-menstrual. A síndrome pré-menstrual difere da perturbação disfórica pré-menstrual por não requerer um mínimo de 5 sintomas e não estar estipulado que ocorram sintomas afetivos nos indivíduos que têm síndrome pré-menstrual. Esta condição pode ser mais comum do que a perturbação disfórica pré-menstrual, embora a prevalência estimada da síndrome pré-menstrual varie. Embora a síndrome pré-menstrual partilhe a característica de expressão de sintomas durante a fase pré-menstrual do ciclo menstrual, considera-se, geralmente, ser menos grave do que a perturbação disfórica pré-menstrual. A presença de sintomas físicos ou comportamentais na fase pré-menstrual na ausência dos sintomas afetivos necessários, preenche, com probabilidade, os critérios para síndrome pré-menstrual e não para perturbação disfórica pré-menstrual.

Dismenorreia. A dismenorreia é uma síndrome de menstruação dolorosa, o que é diferente de uma síndrome caracterizada por alterações afetivas. Além disso, os sintomas de dismenorreia começam com o início da menstruação, enquanto os sintomas da perturbação disfórica pré-menstrual começam, por definição, antes do início da menstruação, mesmo que estes persistam durante os primeiros dias da menstruação.

Perturbação bipolar, perturbação depressiva major e perturbação depressiva persistente (distimia). Muitas mulheres com perturbação bipolar ou perturbação depressiva major ou perturbação depressiva persistente (ocorrendo de forma natural ou induzida por substância/medicamento) pensam que têm perturbação disfórica pré-menstrual. Contudo, quando estas fazem o registo dos sintomas apercebem-se de que os sintomas não seguem um padrão pré-menstrual. Mulheres com outra perturbação mental podem experimentar sintomas crónicos ou sintomas intermitentes que não estão relacionados com a fase do ciclo menstrual. Contudo, como o início da menstruação é um momento de que a mulher se recorda, elas podem referir que os sintomas ocorrem apenas no período pré-menstrual ou que os sintomas se agravam no período pré-menstrual. Este é um dos motivos para a necessidade de os sintomas serem confirmados com medições prospetivas diárias. O processo de diagnóstico diferencial, especialmente se o clínico se baseia apenas nos sintomas retrospetivos, torna-se mais difícil devido à sobreposição dos sintomas da perturbação disfórica pré-menstrual e de outros diagnósticos. A sobreposição de sintomas é particularmente evidente na distinção

entre a perturbação disfórica pré-menstrual e os episódios depressivos major, perturbação depressiva persistente, perturbações bipolares e perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Contudo, a taxa de perturbações da personalidade não é mais elevada em indivíduos com perturbação disfórica pré-menstrual do que naqueles que não apresentam essa perturbação.

Realização de tratamentos hormonais. Algumas mulheres que apresentam sintomas pré-menstruais moderados a graves podem estar a realizar tratamentos hormonais, incluindo contracetivos hormonais. Se esses sintomas ocorrem após o início do uso de hormonas exógenas, os sintomas podem ser devidos à utilização de hormonas e não à perturbação disfórica pré-menstrual subjacente. Se a mulher suspende o tratamento hormonal e os sintomas desaparecerem, isso é consistente com uma perturbação depressiva induzida por substância/medicamento.

Comorbilidades

O episódio depressivo major é a perturbação prévia mais vezes referida em indivíduos que apresentam perturbação disfórica pré-menstrual. Uma grande variedade de condições médicas (por exemplo, enxaqueca, asma, alergias, perturbações convulsivas) ou de outras perturbações mentais (por exemplo, perturbações depressivas e bipolares, perturbações de ansiedade, bulimia nervosa, perturbações do uso de substâncias) podem piorar na fase pré-menstrual. Contudo, a ausência de um período livre de sintomas no intervalo pós-menstrual obvia o diagnóstico de perturbação disfórica pré-menstrual. Estas condições são mais bem consideradas uma exacerbação pré-menstrual de uma perturbação médica ou psiquiátrica presente. Embora o diagnóstico de perturbação disfórica pré-menstrual não deva ser atribuído em situações em que uma mulher apresente apenas uma exacerbação pré-menstrual de outra perturbação mental ou física, ele pode ser considerado simultaneamente com o diagnóstico de outra perturbação mental ou física se a mulher experimenta sintomas e alterações no nível de funcionamento que são característicos da perturbação disfórica pré-menstrual e claramente diferentes dos sintomas apresentados como parte da perturbação em curso.

Perturbação Depressiva Induzida por Substância/Medicamento

Critérios de Diagnóstico

A. Uma perturbação proeminente e persistente no humor predomina no quadro clínico e é caracterizada por humor depressivo, ou interesse ou prazer fortemente diminuídos, em todas ou quase todas as atividades.

B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e de (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante, ou pouco depois, da intoxicação ou abstinência de substância, ou após exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida tem capacidade de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação do humor que não é induzida por substância/medicamento. Tal evidência de uma perturbação depressiva independente pode incluir o seguinte:

Os sintomas precedem o início do uso de substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por exemplo, aproximadamente 1 mês) depois do fim da abstinência aguda ou da intoxicação grave; ou existe outra evidência que sugere a existência de uma perturbação depressiva independente não induzida por substância/medicamento (por exemplo, uma história de episódios depressivos recorrentes não induzidos por substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.

E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional, ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

Nota. Em vez do diagnóstico de intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias, deve atribuir se este diagnóstico somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para perturbações depressivas induzidas por [substância/medicamento específico] encontram-se listados na tabela abaixo. Note-se que o código ICD-10-CM dèpende de se existe ou não uma perturbação de uso de substância comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação de uso de substância ligeira é comórbida com a perturbação depressiva induzida por substância, o dígito na 4.ª posição é «1» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] ligeira» antes da perturbação depressiva induzida por substância (por exemplo, «perturbação de uso de cocaína ligeira com perturbação depressiva induzida por cocaína»). Se uma perturbação de uso de substância moderada a grave é comórbida com a perturbação depressiva induzida por substâncias, o dígito na 4.ª posição é «2» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] moderada» ou «perturbação de uso de [substância] grave» dependendo da gravidade da perturbação de uso de substância comórbida. Se não há perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois de um consumo pontual pesado de uma substância), então o dígito na 4.ª posição é «9» e o clínico deve registar apenas a perturbação depressiva induzida por substância.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Com perturbação de uso, ligeira	Com perturbação de uso, moderada ou grave	Sem perturbação de uso
Álcool	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinogénio	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opiáceo	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo «Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas» para diagnósticos associados a classe de substância):

Com início durante a intoxicação. Se estiverem preenchidos os critérios para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência. Se estiverem preenchidos os critérios para abstinência de substância e os sintomas se desenvolvem durante, ou pouco depois, da abstinência.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação depressiva induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar a causar os delírios ou alucinações. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona) deve utilizar-se o código «outra substância»; e nos casos nos quais a substância é considerada como sendo um fator etiológico, mas cuja classe de substância específica é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação é seguido pela especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Ao contrário dos procedimentos de registo para a ICD-10-CM, os quais combinam a perturbação induzida por substância e a perturbação de uso de substâncias num único código, para a ICD-9-CM é dado um código de diagnóstico separado para a perturbação de uso de substância. Por exemplo, no caso de sintomas depressivos que ocorrem durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é 292.84 perturbação depressiva induzida por cocaína, com início durante a intoxicação. Também é dado um diagnóstico adicional de 304.20 perturbação de uso de cocaína grave. Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas de humor depressivo, cada uma deve ser registada separadamente (por exemplo, 292.84 perturbação depressiva induzida por metilfenidato, com início durante a intoxicação; 292.84 perturbação depressiva induzida por dexametasona, com início durante a intoxicação).

ICD-10-CM. O nome da perturbação depressiva induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar a causar os sintomas depressivos. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe de droga e na presença ou ausência de uma perturbação de uso de substâncias comórbida. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona) deve utilizar-se o código «outra substância»; e nos casos nos quais a substância é considerada como sendo um fator etiológico, mas cuja classe específica da substância é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação de uso de substâncias comórbida (caso exista) é registada em primeiro lugar, seguida pela palavra «com» à qual se segue o nome da perturbação depressiva induzida por substância e, depois, a especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas depressivos que ocorrem durante a abstinência num homem com perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.24 perturbação de uso de cocaína grave com perturbação depressiva induzida por cocaína, com início durante a abstinência. Um

diagnóstico separado de perturbação de uso de cocaína grave comórbida não é dado. Se a perturbação depressiva induzida por substâncias ocorre sem perturbação de uso de substâncias comórbida (por exemplo, depois de um consumo pesado pontual de uma substância), não é registada uma perturbação de uso de substância acompanhante (por exemplo, F16.94 perturbação depressiva induzida por fenciclidina, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas de humor depressivo, cada um deve ser registado separadamente (por exemplo, F15.24 perturbação de uso de metilfenidato grave com perturbação depressiva induzida por metilfenidato, com início durante a abstinência; F19.94 perturbação depressiva induzida por dexametasona, com início durante a intoxicação).

Características de Diagnóstico

As características de diagnóstico essenciais da perturbação depressiva induzida por substância/medicamento incluem os sintomas de uma perturbação depressiva, tal como a perturbação depressiva major. Contudo, os sintomas depressivos estão associados à ingestão, injeção ou inalação de uma substância (por exemplo, droga de abuso, toxina, medicamento psicotrópico, outro medicamento) e persistem para lá da duração expectável dos efeitos fisiológicos ou dos períodos de intoxicação ou de abstinência de uma substância. Como evidenciado pela história clínica, exame físico ou achados laboratoriais, a perturbação depressiva relevante deve ter-se desenvolvido durante um período de 1 mês após o consumo de uma substância que é capaz de produzir a perturbação depressiva (Critério B1). Para além disso, a perturbação do humor não é mais bem explicada por uma perturbação do humor independente. Constituem evidência de uma perturbação do humor independente: a perturbação depressiva precedida pelo início da ingestão ou abstinência da substância; a perturbação depressiva que persiste por um período substancial de tempo após a cessação do uso da substância; ou quando outra evidência sugere a existência de uma perturbação independente do humor não induzida por substância/medicamento (Critério C). Este diagnóstico não deve ser feito se os sintomas ocorrem exclusivamente no decurso de um *delirium* (Critério D). Para se poder fazer este diagnóstico, a perturbação depressiva associada ao uso, intoxicação ou abstinência de substância deve causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento (Critério E).

Alguns medicamentos (por exemplo, estimulantes, esteroides, L-dopa, antibióticos, fármacos para o sistema nervoso central, agentes dermatológicos, fármacos de quimioterapia, agentes imunológicos) podem induzir perturbações de humor depressivo. A avaliação clínica é essencial para determinar se o medicamento se encontra verdadeiramente associado à indução da perturbação depressiva ou se o início da perturbação depressiva primária coincide com o período em que o indivíduo recebeu tratamento farmacológico. Por exemplo, um episódio depressivo que se desenvolve nas primeiras semanas de tratamento com α-metildopa (um agente anti-hipertensor) num indivíduo sem história de perturbação depressiva major deve ser diagnosticado como perturbação depressiva induzida por substâncias. Nalgumas casos, uma condição previamente estabelecida (por exemplo, perturbação depressiva major, recorrente) pode recorrer quando a pessoa está coincidentemente a tomar medicamentos que têm a capacidade de causar sintomas depressivos (por exemplo, L-dopa, contracetivos orais). Nestes casos, o clínico deve tomar a decisão sobre se o medicamento é o agente causal desta situação particular.

Uma perturbação depressiva induzida por substância/medicamento distingue-se de uma perturbação depressiva primária considerando o início, o curso e outros fatores associados ao uso de substâncias. Deve existir evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais do uso, abuso, intoxicação ou abstinência de substâncias anterior ao início da perturbação depressiva. Uma vez que para algumas substâncias o estado de abstinência pode ser relativamente prolongado, podem persistir sintomas depressivos intensos por um longo período após a cessação do uso da substância.

Prevalência

A prevalência ao longo da vida de perturbação depressiva induzida por substância/medicamento é de 0,26% numa população adulta representativa dos EUA.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação depressiva associada ao uso de substâncias (isto é, álcool, drogas ilícitas ou medicamentos prescritos para uma perturbação mental ou outra condição médica) deve ter início enquanto o indivíduo está usar a substância ou durante a abstinência, no caso de haver uma síndrome de abstinência associada à substância. Na maioria dos casos, a perturbação depressiva tem início nas primeiras semanas ou dentro de 1 mês de uso da substância. Uma vez descontinuado o uso da substância, os sintomas depressivos remitem habitualmente em alguns dias a várias semanas, dependendo da semivida da substância/medicamento e da presença de uma síndrome de abstinência. Se os sintomas persistirem para além das 4 semanas expectáveis para o curso da abstinência de uma substância/ /medicamento particular, devem ser consideradas outras causas para os sintomas de humor depressivo.

Embora existam poucos ensaios controlados prospetivos que analisem a associação dos sintomas depressivos à utilização de medicamentos, a maioria dos relatos são de estudos de vigilância pós-comercialização, estudos observacionais retrospetivos ou casos clínicos, tornando difícil determinar a causalidade. As substâncias implicadas na perturbação depressiva induzida por medicamento incluem, com níveis variáveis de evidência, agentes antivirais (efavirenz), agentes cardiovasculares (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), derivados do ácido retinoico (isotretinoína), antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes antienxaquecas (triptanos), antipsicóticos, agentes hormonais (corticosteroides, contracetivos orais, agonistas da hormona libertadora da gonadotropina, tamoxifeno), agentes de cessação tabágica (vareniclina) e agentes imunológicos (interferão). No entanto, à medida que são sintetizados novos compostos, continuam a emergir outras potenciais substâncias. Uma história de uso dessas substâncias pode ajudar a aumentar a certeza do diagnóstico.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores que parecem aumentar o risco de perturbação depressiva induzida por substância/medicamento podem ser conceptualizados como pertencentes a um tipo específico de substância ou a um grupo de indivíduos com perturbações de uso de álcool ou de drogas subjacentes. Os fatores de risco comuns a todas as substâncias incluem história de perturbação depressiva, história de depressão induzida por substâncias e fatores de stress psicossocial.

Ambientais. Existem também fatores de risco pertencentes a um tipo específico de medicamentos (por exemplo, aumento da ativação imunitária prévia ao tratamento para a hepatite C associado à depressão induzida por interferão α); doses elevadas de corticosteroides (superiores a 80 mg/dia de equivalente prednisona), ou concentrações plasmáticas elevadas de efavirenz; e contracetivos orais contendo doses elevadas de estrogénio/ /progesterona.

Modificadores do curso. Numa população adulta representativa dos EUA, indivíduos com perturbação depressiva induzida por substâncias tinham maior probabilidade de ser do sexo masculino, de raça negra, de ter no máximo o 12.º ano, de não ter seguro e de ter menor rendimento familiar quando comparados com indivíduos com perturbação depressiva major que não tinham perturbação de uso de substâncias. Esses indivíduos tinham também maior probabilidade de referir mais frequentemente história familiar de perturbação de uso de substâncias e de comportamento antissocial, mais acontecimentos de vida stressantes nos últimos 12 meses e um número mais elevado de critérios para perturbação depressiva major do DSM-IV. Esses indivíduos têm também maior probabilidade de referir sentimentos de desvalorização, insónia/hipersónia e pensamentos de morte e tentativas de suicídio, mas menor probabilidade de referir humor deprimido e perda parental por morte antes dos 18 anos.

Marcadores de Diagnóstico

Para confirmar o diagnóstico, a determinação da substância de uso pode, nalguns casos, ser feita através da pesquisa laboratorial no sangue ou na urina da substância de que se suspeita.

Risco de Suicídio

A suicidalidade induzida por substâncias ou resultante do tratamento com medicamentos representa uma clara alteração dos pensamentos e comportamentos habituais do indivíduo, estando associada cronologicamente ao início do uso de uma substância e devendo ser distinguida das perturbações mentais primárias subjacentes.

No que respeita à suicidalidade resultante associada ao tratamento com antidepressivos, o comité consultivo da Food and Drug Administration (FDA) dos EUA analisou meta-análises de 99 839 participantes envolvidos em 372 ensaios clínicos randomizados de antidepressivos em estudos para perturbações mentais. As análises mostraram que, quando os dados eram agrupados por grupos etários adultos, não havia aumento percetível do risco de comportamento ou ideação suicida. Contudo, em análises estratificadas por idades, o risco para pacientes com idades entre os 18 e os 24 anos era elevado, embora não significativamente (*odds ratio* [OR] = 1,55%; intervalo de confiança a 95% [CI] = 0,91-2,70). As meta-análises da FDA revelam um risco absoluto de suicídio em doentes que estão medicados com antidepressivos de 0,01%. Em conclusão, o suicídio como resultado do tratamento com medicamentos é um fenómeno muitíssimo raro, mas grave o suficiente para levar a FDA emitir uma advertência em 2007 relacionada com a importância da monitorização cuidadosa da ideação suicida resultante do tratamento de doentes a tomar antidepressivos.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação e abstinência de substâncias. Os sintomas depressivos ocorrem frequentemente na intoxicação e na abstinência de substâncias, sendo o diagnóstico da intoxicação ou de abstinência de uma substância específica suficiente para categorizar a apre-

sentação dos sintomas. Quando os sintomas do humor são suficientemente graves para merecer atenção clínica independente, deve ser realizado um diagnóstico de perturbação depressiva induzida por substâncias em vez do diagnóstico de intoxicação por substância ou de abstinência de substância. Por exemplo, o humor disfórico é uma característica da abstinência de cocaína. Deve ser diagnosticada uma perturbação depressiva induzida por substância/medicamento em vez de abstinência de cocaína apenas se a alteração do humor é substancialmente mais intensa e duradoura do que habitualmente é encontrado na abstinência de cocaína e se é grave o suficiente para ser um alvo separado de atenção e tratamento.

Perturbação depressiva primária. A perturbação depressiva induzida por substância/medicamento distingue-se da perturbação depressiva primária pelo facto de se considerar uma substância etiologicamente relacionada com os sintomas, tal como descrito antes (ver secção «Desenvolvimento e Curso» desta perturbação).

Perturbação depressiva devida a outra condição médica. Uma vez que os indivíduos com outras condições médicas frequentemente tomam medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de os sintomas do humor serem causados pelas consequências fisiológicas dessa condição médica e não pelo efeito do medicamento, sendo nesse caso diagnosticada uma perturbação depressiva devida a outra condição médica. A história clínica fornece muitas vezes a base primária dessa avaliação. Por vezes, uma alteração no tratamento de outra condição médica (por exemplo, substituição ou descontinuação de medicamentos) pode ser necessária para determinar empiricamente se o medicamento é o agente causal da perturbação. Se o clínico tiver determinado que a perturbação é simultaneamente uma consequência de outra condição médica e do uso ou abstinência de substâncias, podem ser dados ambos os diagnósticos (isto é, perturbação depressiva devida a outra condição médica e perturbação depressiva induzida por substância/medicamento). Quando não há evidência suficiente para determinar se os sintomas depressivos estão associados à ingestão ou abstinência de uma substância (incluindo um medicamento), ou a outra condição médica, ou se são primários (isto é, não dependem de uma substância ou de outra condição médica), deve ser realizado o diagnóstico de perturbação depressiva com outra especificação ou perturbação depressiva não especificada.

Comorbilidades

Os indivíduos com perturbação depressiva induzida por substância/medicamento têm taxas mais elevadas de comorbilidade com qualquer perturbação do DSM-IV quando comparados com os indivíduos com perturbação depressiva major sem perturbação de uso de substâncias comórbida. Os indivíduos com perturbação depressiva induzida por substância/medicamento têm, igualmente, maior probabilidade de ter perturbações do DSM-IV específicas como jogo patológico e perturbações de personalidade paranoide, histriónica e antissocial. Têm, também, menor probabilidade de ter perturbação depressiva persistente (distimia). Quando comparados com os indivíduos com perturbação depressiva major e uma perturbação de uso de substâncias comórbida, os indivíduos com perturbação depressiva induzida por substância/medicamento têm maior probabilidade de ter perturbação de uso de álcool, qualquer outra perturbação de uso de substâncias e perturbações de personalidade histriónica. Contudo, têm menor probabilidade de ter perturbação depressiva persistente.

Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico

A. No quadro clínico, predomina um período proeminente e persistente de humor deprimido ou de interesse ou prazer marcadamente diminuídos em todas, ou quase todas, as atividades.
B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de ajustamento, com humor deprimido, em que o fator de stress é uma condição médica grave).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.
E. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para a perturbação depressiva devida a outra condição médica é **293.83**, que é atribuído independentemente do especificador. O código ICD-10-CM depende do especificador (ver abaixo).

Especificar se:

(F06.31) Com características depressivas. Se não preencher a totalidade dos critérios para episódio depressivo major.

(F06.32) Com episódio de tipo depressivo major. Se preencher a totalidade dos critérios (exceto Critério C) para episódio depressivo major.

(F06.34) Com características mistas. Se os sintomas de mania ou hipomania também estão presentes, mas não predominam no quadro clínico.

Nota de codificação. Incluir o nome de outra condição médica no nome da perturbação mental (por exemplo, 293.83 [F06.31] perturbação depressiva devida a hipotiroidismo, com características depressivas). A outra condição médica deve também ser codificada e registada em separado imediatamente antes da perturbação depressiva devida a outra condição médica (por exemplo, 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] perturbação depressiva devida a hipotiroidismo, com características depressivas).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação depressiva devida a outra condição médica é o predomínio no quadro clínico de um período proeminente e persistente de humor depressivo ou diminuição marcada do interesse ou do prazer em todas, ou quase todas, as atividades (Critério A) e que se pensa estar relacionada com o efeito fisiológico direto de outra condição médica (Critério B). Para determinar se a perturbação do humor é devida a outra condição médica, o clínico tem de, em primeiro lugar, estabelecer a presença de uma condição médica geral. Posteriormente, o clínico tem de estabelecer que a perturbação do humor está etiologicamente relacionada com uma condição médica geral através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação completa e cuidadosa de múltiplos fatores é necessária para realizar este julgamento. Apesar de não existirem linhas de orientação infalíveis para determinar se a relação entre a perturbação do humor e a condição médica geral é etiológica, várias considerações podem providenciar alguma orientação nesse julgamento. Uma consideração é a presença de uma associação temporal entre o início, o agravamento ou a remissão da condição médica geral e o da

perturbação do humor. A segunda é a presença de características que são atípicas das perturbações do humor primárias (por exemplo, idade de início ou curso atípicos ou ausência de história familiar). A evidência, a partir da literatura, que sugira a existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento de sintomas do humor pode fornecer um enquadramento útil na avaliação dessa situação particular.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A etiologia (isto é, a relação causal com outra condição médica baseada na melhor evidência clínica) é a variável-chave na perturbação depressiva devida a outra condição médica. A lista das condições médicas que se dizem capazes de induzir uma depressão major nunca está completa e o melhor julgamento pelo clínico é a essência deste diagnóstico.

Existem associações claras, bem como algumas correlações neuroanatómicas, de depressão com acidente vascular cerebral, doença de Huntington, doença de Parkinson e lesão cerebral traumática. Entre as condições neuroendócrinas mais associadas a depressão estão a doença de Cushing e o hipotiroidismo. Existem várias outras condições que se pensa estarem associadas a depressão, tais como a esclerose múltipla. Contudo, o apoio da literatura para uma associação causal é maior nalgumas condições, como a doença de Huntington e a doença de Parkinson, do que noutras, para as quais o diagnóstico diferencial pode ser perturbação de ajustamento, com humor deprimido.

Desenvolvimento e Curso

Após um acidente vascular cerebral (AVC), o início de depressão parece ser extremamente agudo, ocorrendo 1 ou 2 dias após o AVC nas maiores séries de casos. Contudo, nalguns casos, o início da depressão ocorre em semanas ou meses após o AVC. Na maior série de casos, a duração do episódio depressivo major consequente a AVC foi em média de 9-11 meses. Igualmente, na doença de Huntington o estado depressivo surge numa fase bastante precoce do curso da doença. Na doença de Parkinson e na doença de Huntington, a depressão frequentemente precede os défices motores major e os défices cognitivos associadas a cada condição. Esta situação é mais proeminente no caso da doença de Huntington, na qual a depressão é considerada o primeiro sintoma neuropsiquiátrico. Existe alguma evidência observacional de que a depressão é menos comum à medida que progride a demência da doença de Huntington.

Fatores de Risco e de Prognóstico

O risco de início agudo de uma perturbação depressiva major após um acidente vascular cerebral (no período de 1 dia a 1 semana após o AVC) parece estar fortemente relacionado com a localização da lesão, estando o maior risco associado a AVCs frontais esquerdos e o menor risco a lesões frontais direitas nos indivíduos que apresentam sintomas nos primeiros dias após o acidente cerebrovascular. A associação com as regiões frontais e a lateralidade não se observa nos estados depressivos que ocorrem nos 2-6 meses após o acidente vascular cerebral.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As diferenças de género relacionam-se com as que estão associadas à condição médica (por exemplo, o lúpus eritematoso sistémico é mais frequente no sexo feminino; o acidente vascular cerebral é um pouco mais comum em homens de meia-idade do que em mulheres).

Marcadores de Diagnóstico

Os marcadores de diagnóstico relacionam-se com os que estão associados à condição médica (por exemplo, os níveis sanguíneos ou urinários de esteroides que ajudam a corroborar o diagnóstico de doença de Cushing, que podem estar associados a síndromes maníaca ou depressiva).

Risco de Suicídio

Não existem estudos epidemiológicos que forneçam evidência que permita distinguir o risco de suicídio de um episódio depressivo major devido a outra condição médica comparativamente com o risco de um episódio depressivo major em geral. Não existem relatos de casos clínicos de suicídios associados a episódios depressivos major devidos a outra condição médica. Existe uma clara associação entre doença médica grave e suicídio, especialmente após o início ou o diagnóstico da doença. Assim, será prudente assumir que o risco de suicídio para os episódios depressivos major associados a outra condição médica não é menor do que o risco para outras formas de episódio depressivo major, podendo até ser maior.

Consequências Funcionais da Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica

As consequências funcionais relacionam-se com as que estão associadas à condição médica. Por regra, pensa-se, embora não esteja estabelecido, que um episódio depressivo major induzido pela doença de Cushing não terá recorrências se a doença de Cushing for curada ou estabilizada. Contudo, também é sugerido, mas não está estabelecido, que as síndromes de humor, incluindo as depressivas e maníacas/hipomaníacas, podem ser episódicas (isto é, recorrentes) nalguns indivíduos com lesões cerebrais estáticas e outras doenças do sistema nervoso central.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações depressivas que não são devidas a outra condição médica. A determinação de se uma condição médica que ocorra em simultâneo com uma perturbação depressiva está a causar a perturbação depende: *a*) da ausência de episódio(s) depressivos anteriores ao início da condição médica; *b*) da probabilidade de que a condição médica associada tenha potencial para promover ou causar a perturbação depressiva; e *c*) do curso dos sintomas depressivos pouco depois do início ou agravamento da condição médica, especialmente se os sintomas depressivos remitirem próximo da altura em que a condição médica é tratada eficazmente ou remite.

Perturbação depressiva induzida por medicamentos. Uma importante advertência a registar é que algumas condições médicas são tratadas com medicamentos (por exemplo, esteroides ou interferão α) que podem induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, a avaliação clínica, baseada em toda a evidência disponível, é a melhor forma de tentar separar qual dos dois fatores etiológicos é o mais provável e/ou o mais importante (isto é, associação à condição médica *versus* a síndrome induzida por substâncias).

Perturbações de ajustamento. É importante distinguir um episódio depressivo de uma perturbação de ajustamento, uma vez que o início da condição médica é, por si própria, um acontecimento de vida stressante que pode desencadear uma perturbação de ajustamento ou

um episódio de depressão major. Os principais elementos diferenciadores são a abrangência do quadro depressivo e o número e qualidade dos sintomas depressivos que o doente refere ou demonstra no exame do estado mental. O diagnóstico diferencial de condições médicas associadas é relevante, mas está muito para além do âmbito do presente manual.

Comorbilidades

As condições comórbidas com a perturbação depressiva devida a outra condição médica são as que estão associadas a condições médicas com relevância etiológica. Verificou-se que o *delirium* pode ocorrer prévia ou simultaneamente com os sintomas depressivos em indivíduos que apresentam uma variedade de condições médicas, tal como a doença de Cushing. A associação de sintomas ansiosos, geralmente sintomas generalizados, é comum nas perturbações depressivas, independentemente da causa.

Perturbação Depressiva com Outra Especificação

311 (F32.8)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação depressiva que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem a totalidade dos critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações depressivas. A categoria perturbação depressiva com outra especificação é utilizada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre critérios para nenhuma perturbação depressiva específica. Isto é feito registando «perturbação depressiva com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «episódio depressivo de curta duração»).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação de «com outra especificação» incluem as seguintes:

1. **Depressão breve recorrente**. Presença simultânea de humor deprimido e pelo menos 4 outros sintomas de depressão durante 2-13 dias pelo menos 1 vez por mês (não associados ao ciclo menstrual) por pelo menos 12 meses consecutivos num indivíduo cuja apresentação nunca preencheu os critérios para qualquer outra perturbação depressiva ou perturbação bipolar e que não preenche atualmente critérios ativos ou residuais para nenhuma perturbação psicótica.
2. **Episódio depressivo de curta duração (4-13 dias)**. Afeto deprimido e pelo menos 4 dos outros 8 sintomas de um episódio depressivo major associados a mal-estar clinicamente significativo ou a défices no funcionamento que persistem por um período superior a 4 dias, mas inferior a 14 dias, num indivíduo cuja apresentação nunca preencheu os critérios para qualquer outra perturbação depressiva ou bipolar, não preenche atualmente critérios ativos ou residuais para qualquer perturbação psicótica e não preenche os critérios para depressão breve recorrente.
3. **Episódio depressivo com sintomas insuficientes**. Afeto deprimido e pelo menos 1 dos outros 8 sintomas de um episódio depressivo major associados a mal-estar clinicamente significativo ou a défices no funcionamento que persistem por um período de pelo menos 2 semanas num indivíduo cuja apresentação nunca preencheu os critérios para qualquer outra perturbação

depressiva ou perturbação bipolar, não preenche atualmente critérios ativos ou residuais para nenhuma perturbação psicótica e não preenche os critérios para perturbação com sintomas das perturbações de ansiedade mista e depressivas.

Perturbação Depressiva Não Especificada

311 (F32.9)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação depressiva e que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem a totalidade dos critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações depressivas. A categoria perturbação depressiva não especificada é usada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios para nenhuma perturbação depressiva específica, e inclui as apresentações nas quais não existe informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência).

Especificadores para Perturbações Depressivas

Especificar se:

Com mal-estar ansioso. O mal-estar ansioso é definido como a presença de pelo menos 2 dos seguintes sintomas durante a maior parte dos dias de um episódio depressivo major ou perturbação depressiva persistente (distimia):

1. Sentir-se nervoso ou tenso.
2. Sentir-se estranhamente agitado.
3. Dificuldades em concentrar-se devido a preocupações.
4. Medo de que algo terrível possa acontecer.
5. Sentir que o indivíduo pode perder o controlo de si próprio.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. 2 sintomas.

Moderada. 3 sintomas.

Moderada-grave. 4 ou 5 sintomas.

Grave. 4 ou 5 sintomas com agitação motora.

Nota. Angústia ansiosa tem sido apontada como uma característica proeminente quer da perturbação bipolar quer da perturbação depressiva major, tanto nos cuidados de saúde primários como nos serviços especializados em saúde mental. Níveis elevados de ansiedade têm sido associados a um risco mais elevado de suicídio, maior duração da doença e maior probabilidade de não responder ao tratamento. Como tal, é clinicamente útil especificar com precisão a presença e níveis de gravidade de angústia ansiosa de modo a planear o tratamento e monitorizar a resposta ao tratamento.

Com características mistas

A. Presença de pelo menos 3 dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos quase todos os dias, durante a maior parte dos dias de um episódio depressivo major:

1. Humor elevado, expansivo.
2. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
3. Mais falador que o habitual ou pressão para continuar a falar.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
5. Aumento da energia ou da atividade dirigida para determinados objetivos (quer sociais, quer ocupacionais, quer sexuais).
6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos em negócios sem valor).
7. Diminuição da necessidade de dormir (sentir-se descansado apesar de dormir menos do que o habitual; por contraste com insónia).

B. Os sintomas mistos são observáveis pelos outros e representam uma alteração do comportamento habitual do indivíduo.

C. Nos indivíduos cujos sintomas preencham a totalidade dos critérios para mania ou hipomania, o diagnóstico deverá ser perturbação bipolar I ou perturbação bipolar II.

D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento).

Nota. Características mistas associadas a um episódio depressivo major têm sido consideradas um fator de risco significativo para o desenvolvimento de perturbação bipolar I ou perturbação bipolar II. Como tal, é clinicamente útil considerar a presença deste especificador para o planeamento e monitorização da resposta ao tratamento.

Com características melancólicas

A. Um dos seguintes itens está presente durante o período mais grave do episódio atual:
   1. Perda de prazer em todas, ou quase todas, as atividades.
   2. Falta de reatividade aos estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, ainda que temporariamente, quando algo de bom acontece).

B. Ocorrem 3 (ou mais) dos seguintes itens:
   1. Qualidade distinta do humor deprimido caracterizada por profundo desânimo, desespero e/ou enfado ou por aquilo a que se chama humor vazio.
   2. Depressão regularmente pior de manhã.
   3. Acordar cedo de manhã (isto é, pelo menos 2 horas antes do habitual).
   4. Agitação ou lentificação psicomotoras marcadas.
   5. Anorexia ou perda de peso significativa.
   6. Culpa excessiva ou inapropriada.

Nota. O especificador «com características melancólicas» aplica-se se estas características estão presentes na fase mais grave do episódio. Existe uma quase completa ausência da capacidade para sentir prazer e não uma mera diminuição. Uma orientação para a avaliação da falta de reatividade do humor é que mesmo acontecimentos muito desejados não estão associados a uma marcada melhoria do humor. Não só o humor não melhora de todo, ou então melhora apenas parcialmente (por exemplo, até 20%-40% do normal apenas por minutos numa ocasião). A «qualidade distinta» do humor que é característica do especificador «com características melancólicas» é experimentada como qualitativamente diferente daquele que ocorre durante um episódio depressivo não melancólico. O humor deprimido que é descrito como meramente mais grave, com maior duração ou presente sem razão não é considerado como sendo de qualidade distinta. Alterações psicomotoras estão quase sempre presentes e são observáveis pelos outros.

No mesmo indivíduo, as características melancólicas têm apenas uma tendência modesta para se repetir ao longo dos episódios. São mais frequentes nos indivíduos internados do que nos que estão em ambulatório; são menos prováveis de ocorrer em episódios depressivos major ligeiros do que nos de maior gravidade; e são mais prováveis de ocorrer nos episódios com características psicóticas.

Com características atípicas. Este especificador pode ser aplicado quando estas características predominam durante a maior parte dos dias do episódio depressivo major atual ou mais recente ou da perturbação depressiva persistente.

A. Reatividade do humor (isto é, o humor melhora em resposta a acontecimentos positivos reais ou potenciais).
B. Dois (ou mais) dos seguintes:
   1. Aumento significativo do peso ou do apetite.
   2. Hipersónia.
   3. Imobilidade (isto é, sensação de peso ou de inércia nos braços ou nas pernas).
   4. Padrão de longa duração de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de alteração do humor) que provoca um défice social ou laboral significativo.
C. Não são preenchidos os critérios para «com características melancólicas» ou «com catatonia» durante o mesmo episódio.

Nota. «Depressão atípica» tem um significado histórico (isto é, atípica em oposição às mais clássicas apresentações agitadas, «endógenas» da depressão que foram a norma quando a depressão raramente era diagnosticada em indivíduos em ambulatório e quase nunca em adolescentes ou adultos jovens), enquanto hoje já não tem a conotação de apresentação clínica incomum ou pouco habitual que o termo pode implicar.

A reatividade do humor é a capacidade para se alegrar quando sucedem acontecimentos positivos (por exemplo, visita dos filhos, elogios de outras pessoas). O humor pode tornar se eutímico (em vez de triste) mesmo por períodos prolongados de tempo se as circunstâncias externas se mantiverem favoráveis. O aumento do apetite pode manifestar-se por um aumento óbvio da ingestão de alimentos ou pelo aumento de peso. A hipersónia pode incluir quer um período alargado de sono noturno quer sestas diurnas que totalizem pelo menos 10 horas de sono por dia (ou pelo menos 2 horas mais do que quando não está deprimido). A imobilidade é definida pela sensação de peso, inércia ou de sobrecarga nos braços ou nas pernas. Esta sensação está em geral presente por pelo menos 1 hora por dia, mas muitas vezes permanece por muitas horas de cada vez. Ao contrário das outras características atípicas, a sensibilidade patológica à rejeição interpessoal percebida é um traço que tem um início precoce e que persiste ao longo da maior parte da vida adulta. A sensibilidade à rejeição ocorre quer quando a pessoa está deprimida quer quando não está, apesar de poder estar exacerbada durante os períodos depressivos.

Com características psicóticas. Estão presentes delírios e/ou alucinações.

Com características psicóticas congruentes com o humor. O conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou castigo merecido.

Com características psicóticas não congruentes com o humor. O conteúdo dos delírios e alucinações não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo, ou castigo merecido, ou o conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Com catatonia. O especificador com catatonia pode ser aplicado a um episódio depressivo se as características catatónicas estão presentes durante a maior parte do episódio. Ver critérios para catatonia associada a perturbação mental (para uma descrição de catatonia, ver o capítulo «Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»).

Com início no periparto. Se o início dos sintomas ocorre durante a gravidez ou nas 4 semanas após o parto, pode aplicar-se este especificador ao episódio atual, ou mais recente, se a totalidade dos critérios não é preenchida para episódio depressivo major.

Nota. Os episódios de humor podem ter início durante a gravidez ou no pós-parto. Embora as estimativas variem consoante o período de seguimento após o parto, entre 3% e 6% das mulheres experimentarão o início de um episódio depressivo major durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos major «pós-parto» começam, de facto, antes do parto. Assim, estes episódios são denominados em conjunto como episódios *periparto*. As mulheres com episódios depressivos major periparto têm com frequência ansiedade grave e mesmo ataques de pânico. Estudos prospetivos demonstraram que os sintomas do humor e de ansiedade durante a gravidez, bem como os *baby blues*, aumentam o risco de um episódio depressivo major pós-parto.

Os episódios do humor com início no periparto podem apresentar-se com ou sem características psicóticas. O infanticídio está muitas vezes associado a episódios psicóticos pós-parto que são caracterizados por alucinações de comando para matar o recém-nascido ou por delírios de que o recém-nascido está possuído, embora os sintomas psicóticos também possam ocorrer em episódios de humor pós-parto graves sem tais delírios ou alucinações específicas.

Os episódios do humor no pós-parto (depressivos major ou maníacos) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 em 500 a 1 em 1000 partos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas está particularmente aumentado em mulheres com episódios do humor pós-parto prévios, mas é igualmente elevado em mulheres com história prévia de perturbação depressiva ou perturbação bipolar (sobretudo perturbação bipolar I) e com história familiar de perturbação bipolar.

Quando uma mulher teve um episódio pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência em cada parto subsequente situa-se entre 30% e 50%. Os episódios pós-parto devem ser distinguidos do *delirium* que ocorre no período pós-parto, o qual é caracterizado por flutuações dos níveis da consciência e da atenção. O período pós-parto é único no que respeita ao grau das alterações neuroendócrinas e ajustamentos psicossociais, ao potencial impacte da amamentação no planeamento do tratamento e às implicações a longo prazo de uma história de perturbação do humor pós-parto no planeamento familiar subsequente.

Com padrão sazonal. Este especificador aplica-se à perturbação depressiva major recorrente.

A. Existiu uma relação temporal regular entre o início dos episódios depressivos major na perturbação depressiva major e uma determinada altura do ano (por exemplo, no outono ou no inverno).

   Nota. Não incluir os casos em que existiu um efeito óbvio de sazonalidade relacionada com fatores de stress psicossociais (por exemplo, estar regularmente desempregado no inverno).

B. Remissões completas (ou uma mudança da depressão para a mania ou hipomania) ocorrem igualmente numa altura característica do ano (por exemplo, a depressão desaparece na primavera).

C. Nos últimos 2 anos, ocorreram 2 episódios depressivos major que demonstram a relação temporal sazonal, como definida acima, e não ocorreram episódios depressivos major não sazonais durante o mesmo período.

D. Episódios depressivos major sazonais (como descritos acima) ocorrem em número substancialmente maior que os episódios depressivos major não sazonais que podem ter ocorrido durante a vida do indivíduo.

Nota. O especificador «com padrão sazonal» pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos major na perturbação depressiva major recorrente. A característica essencial é o início e remissão dos episódios depressivos major em períodos característicos do ano. Na maioria dos casos, os episódios começam no outono ou no inverno e remitem na primavera. Menos comummente, podem ocorrer episódios depressivos recorrentes no verão. Este padrão de início e remissão dos episódios deve ter ocorrido durante um período de pelo menos 2 anos, sem que tenham ocorrido episódios não sazonais durante este período. Além disso, durante a vida do indivíduo, os episódios depressivos sazonais devem ocorrer em número substancialmente maior do que os episódios depressivos não sazonais.

Este especificador não se aplica às situações em que o padrão é mais bem explicado pela sazonalidade ligada a fatores de stress psicossociais (por exemplo, desemprego sazonal ou calendário escolar). Episódios depressivos major que ocorrem segundo um padrão sazonal são frequentemente caracterizados por perda de energia, hipersónia, excessos alimentares, aumento de peso e *craving* por hidratos de carbono. Não é claro se o padrão sazonal é mais provável na perturbação depressiva major recorrente ou nas perturbações bipolares. Contudo, dentro do grupo das perturbações bipolares, o padrão sazonal parece ser mais provável na perturbação bipolar II do que na perturbação bipolar I. Nalguns indivíduos, o início de episódios maníacos ou hipomaníacos pode também estar ligado a uma determinada estação do ano.

A prevalência do padrão sazonal de tipo inverno parece variar com a latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com as latitudes mais elevadas. A idade é igualmente um forte preditor de sazonalidade, estando as pessoas mais novas sujeitas a um risco mais elevado de episódios depressivos durante o inverno.

Especificar se:

Em remissão parcial. Estão presentes sintomas do episódio depressivo major imediatamente anterior, mas não estão preenchidos os critérios completos, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de um episódio depressivo major com duração inferior a 2 meses após o final de tal episódio.

Em remissão completa. Durante os últimos 2 meses não estiveram presentes sinais ou sintomas significativos da perturbação.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se no número de sintomas dos critérios, na gravidade desses sintomas e no grau de défice funcional.

Ligeiro. Estão presentes pouco sintomas, ou nenhuns, para além daqueles que são requeridos para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas causa mal-estar mas que consegue ser gerido, e os sintomas provocam défices menores no funcionamento social ou ocupacional.

Moderado. O número de sintomas, a intensidade dos sintomas e/ou o défice no funcionamento estão entre os especificados para «ligeiro» e «grave».

Grave. O número de sintomas excede substancialmente os necessários para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas causa mal-estar grave que não consegue ser gerido e os sintomas interferem marcadamente com os funcionamentos social e ocupacional.

Perturbações de Ansiedade

As perturbações de ansiedade incluem perturbações que partilham características de medo e ansiedade excessivos e alterações do comportamento relacionadas. *Medo* é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de uma ameaça futura. É óbvio que estes dois estados sobrepõem-se, mas também divergem, com o medo mais vezes associado a picos de excitação autonómica necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento. Por vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos de evitamento invasivos. Os *ataques de pânico* destacam-se entre as perturbações de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Os ataques de pânico não estão limitados às perturbações de ansiedade, podendo muitas vezes ser observados noutras perturbações mentais.

As perturbações de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitamento, e na ideação cognitiva associada. Assim, enquanto as perturbações de ansiedade tendem a ter uma elevada comorbilidade entre si, elas podem ser diferenciadas pelo exame minucioso dos tipos de situações receadas ou evitadas e do conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.

As perturbações de ansiedade diferem do medo ou ansiedade do desenvolvimento normal por serem excessivas ou persistirem para lá dos períodos do desenvolvimento adequados. Diferem do medo ou ansiedade transitórios, muitas vezes induzidos pelo stress, por serem persistentes (por exemplo, tipicamente duram 6 meses ou mais), embora os critérios de duração sejam entendidos como uma orientação geral com algum grau de flexibilidade, e têm, por vezes, uma duração mais curta em crianças (como na perturbação de ansiedade de separação ou no mutismo seletivo). Dado que, tipicamente, os indivíduos com perturbações de ansiedade sobrestimam o perigo em situações de que têm medo ou que evitam, a determinação primária de se o medo ou ansiedade são excessivos ou desproporcionados é realizada pelo clínico tendo em consideração fatores culturais de contextualização. Muitas das perturbações de ansiedade desenvolvem-se na infância e tendem a persistir caso não sejam tratadas. A maioria ocorre com maior frequência no sexo feminino do que no masculino (na proporção aproximada de 2:1). Cada perturbação de ansiedade é diagnosticada apenas quando os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância/medicamento, ou a outra condição médica, ou quando não são mais bem explicados por outra perturbação mental.

O capítulo está organizado segundo as fases do desenvolvimento do indivíduo, apresentando-se as perturbações sequenciadas de acordo com as suas idades típicas de início. O indivíduo com perturbação de ansiedade de separação está receoso ou ansioso em relação

à separação das figuras de vinculação num grau que é inapropriado ao seu desenvolvimento. Há uma preocupação ou medo persistentes e excessivos acerca dos males que possam suceder às figuras de vinculação e dos acontecimentos que possam conduzir à sua perda ou separação, ou relutância em delas se afastar, bem como pesadelos e sintomas físicos de mal-estar. Embora muitas vezes os sintomas se desenvolvam na infância, podem igualmente expressar-se ao longo da vida adulta.

O mutismo seletivo é caracterizado por uma incapacidade persistente em falar em situações sociais em que há a expectativa de que se fale (por exemplo, na escola) apesar de o indivíduo o fazer noutras situações. Essa incapacidade tem consequências importantes no rendimento académico ou ocupacional ou interfere na comunicação social normal.

Os indivíduos com uma fobia específica têm medo, ou ansiedade, ou evitam, objetos ou situações específicos. Ao contrário do que acontece noutras perturbações de ansiedade, não é característica desta perturbação uma ideação cognitiva específica. O medo, ansiedade e evitamento são respostas quase sempre induzidas de imediato pela situação fóbica a um nível persistente e desproporcionado ao seu risco real. Existem vários tipos de fobias específicas: animal, ambiente natural, sangue-injeções-ferimentos, situacional e de outro tipo.

Na perturbação de ansiedade social (fobia social), o indivíduo tem medo, ou ansiedade, ou evita, interações e situações sociais que envolvam a possibilidade de ser observado. Estas incluem interações sociais como encontros com pessoas desconhecidas, situações em que possa ser observado a comer ou a beber e em que tenha de desempenhar uma tarefa perante outras pessoas. A ideação cognitiva é a de ser avaliado negativamente pelos outros, de ser envergonhado, humilhado, rejeitado ou ofendido pelos outros.

Na perturbação de pânico, o indivíduo experiencia ataques de pânico recorrentes e inesperados e está persistentemente apreensivo ou preocupado com o facto de poder ter mais ataques de pânico ou que estes provoquem mudanças no seu comportamento de forma desadaptativa (por exemplo, evitamento do exercício ou de locais desconhecidos). Os ataques de pânico são aumentos abruptos de medo ou desconforto intensos que atingem um pico em minutos e que se acompanham de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os ataques de pânico com sintomas limitados apresentam menos de 4 sintomas. Os ataques de pânico podem ser *esperados*, tal como quando em resposta a um objeto ou situação tipicamente receados, ou *inesperados*, significando que os ataques de pânico ocorrem sem razão aparente. Os ataques de pânico funcionam como um marcador e fator de prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbilidades de um conjunto de perturbações, incluindo, mas não se limitando, as perturbações de ansiedade (por exemplo, uso de substâncias, perturbações depressiva e psicótica). Os ataques de pânico podem, assim, ser utilizados como um especificador descritivo para qualquer perturbação de ansiedade, bem como para outras perturbações mentais.

Indivíduos com agorafobia têm medo ou ansiedade de 2 ou mais das seguintes situações: utilizar transportes públicos; estar em espaços abertos; estar em espaços fechados; estar numa fila ou numa multidão; estar sozinho fora de casa noutras situações. O indivíduo receia estas situações devido a pensamentos de que a fuga poderá ser difícil ou de que a ajuda poderá não estar disponível no caso de desenvolver sintomas de tipo ataque de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos. Estas situações induzem quase sempre medo ou ansiedade, são muitas vezes evitadas ou requerem a presença de um acompanhante.

Na perturbação de ansiedade generalizada, as características-chave são a ansiedade e a preocupação persistentes e excessivas em vários domínios, incluindo o trabalho e o

desempenho escolar, que o indivíduo tem dificuldade em controlar. Além disso, o indivíduo experiencia sintomas físicos, incluindo agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou sensação de ficar com a mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono.

A perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento envolve ansiedade devida à intoxicação ou abstinência de uma substância ou de um medicamento. Na perturbação de ansiedade devida a outra condição médica, os sintomas da ansiedade são a consequência fisiológica de outra condição médica.

Estão disponíveis escalas específicas para uma melhor caracterização da gravidade de cada perturbação de ansiedade e para aferir alterações na gravidade ao longo do tempo. Por uma questão de facilidade de utilização, particularmente para indivíduos com mais do que uma perturbação de ansiedade, estas escalas foram desenvolvidas para terem o mesmo formato geral (mas diferentes alvos), com classificações dos sintomas comportamentais, da ideação cognitiva e físicos relevantes para cada perturbação.

Perturbação de Ansiedade de Separação

Critérios de Diagnóstico 309.21 (F93.0)

A. Medo e ansiedade excessivos e inadequados para o nível de desenvolvimento do indivíduo relativos à separação daqueles a quem está vinculado, que se manifesta pela presença de pelos menos 3 dos seguintes:
   1. Mal-estar excessivo e recorrente que ocorre ou é antecipado à separação da casa ou das principais figuras de vinculação.
   2. Preocupação excessiva e persistente pela possível perda das principais figuras de vinculação ou por possíveis males que possam acontecer a essas pessoas, tais como doenças, lesões, desastres ou morte.
   3. Preocupação excessiva e persistente pela possibilidade de que um acontecimento adverso (por exemplo, perder se, ser raptado, ter um acidente, ficar doente) possa levar à separação de uma importante figura de vinculação.
   4. Relutância persistente ou recusa em, por medo da separação, sair de casa para a escola, para o trabalho, ou para outro local.
   5. Relutância ou medo excessivo e persistente de estar em casa, ou noutras situações, sozinho ou sem as principais figuras de vinculação.
   6. Relutância persistente ou recusa em dormir fora de casa ou em adormecer sem estar próximo de uma importante figura de vinculação.
   7. Pesadelos repetidos que envolvem o tema da separação.
   8. Queixas repetidas de sintomas físicos (como dores de cabeça, dores de estômago, náuseas ou vómitos) quando ocorre ou se antecipa a separação de importantes figuras de vinculação.
B. O medo, ansiedade ou evitamento são persistentes, duram pelo menos 4 semanas nas crianças e adolescentes e tipicamente 6 meses ou mais nos adultos.
C. A alteração causa um mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. A alteração não é mais bem explicada por outra perturbação mental, como recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança na perturbação do espectro do autismo; delírios

ou alucinações envolvendo a temática da separação em perturbações psicóticas; recusa em sair sem a companhia de alguém de confiança na agorafobia; preocupações acerca da saúde ou outros males que possam suceder aos outros na perturbação de ansiedade generalizada; ou preocupações acerca de ter uma doença na perturbação de ansiedade de doença.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de ansiedade de separação é um medo ou ansiedade excessivos relativamente à separação da casa ou das figuras de vinculação. A ansiedade é superior ao que é esperado em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo (Critério A). Os indivíduos com perturbação de ansiedade de separação têm sintomas que preenchem pelo menos 3 dos seguintes critérios: experienciam preocupação excessiva recorrente quando é antecipada ou ocorre a separação da casa ou de figuras de vinculação importantes (Critério A1). Quando se preocupam com o bem-estar ou morte das figuras de vinculação, particularmente quando estão separadas delas, precisam de saber onde elas estão e querem manter contacto com elas (Critério A2). Também se preocupam com acontecimentos adversos que possam acontecer a si próprios, tais como perder-se, ser raptado ou ter um acidente, que os possam impedir de alguma vez mais se voltarem a reunir com as suas figuras de vinculação mais importantes (Critério A3). Os indivíduos com perturbação de ansiedade de separação são relutantes ou recusam sair sozinhos por medo da separação (Critério A4). Têm medo ou relutância persistentes e excessivos de estar sozinhos ou sem figuras de vinculação importantes em casa ou noutros contextos. Crianças com perturbação de ansiedade de separação podem não ser capazes de permanecer ou ir para um quarto sozinhas e exibir um comportamento «adesivo», ficando perto dos pais ou seguindo-os em casa como uma sombra, ou exigindo que alguém as acompanhe quando se deslocam dentro de casa (Critério A5). Têm relutância ou recusa persistentes em adormecer sem ter próxima uma figura de vinculação importante ou em dormir fora de casa (Critério A6). Crianças com esta perturbação apresentam dificuldade em adormecer na hora de se deitarem e podem insistir que alguém permaneça junto delas até adormecerem. Durante a noite podem ir para a cama dos pais (ou de outra pessoa significativa, como um irmão). As crianças podem ser relutantes ou recusar ir para acampamentos, dormir em casa de amigos ou fazer recados. Os adultos podem sentir-se desconfortáveis quando viajam sozinhos (por exemplo, dormir num quarto de hotel). Podem ter pesadelos repetidos com um conteúdo que exprime a sua ansiedade de separação (como a destruição família num incêndio, assassínio ou outra catástrofe) (Critério A7). Nas crianças, quando ocorre ou foi antecipada a separação das figuras de vinculação mais importantes, são comuns sintomas físicos (por exemplo, dores de cabeça, queixas abdominais, náuseas, vómitos) (Critério A8). Sintomas cardiovasculares como palpitações, tonturas ou sensação de desmaio são raras em crianças mais pequenas, mas podem ocorrer em adolescentes e adultos.

A alteração deve persistir por um período de pelo menos 4 semanas nas crianças e adolescentes até aos 18 anos, durando tipicamente 6 meses ou mais nos adultos (Critério B). Contudo, o critério de duração para adultos deve ser utilizado como uma orientação geral, permitindo-se algum grau de flexibilidade. A alteração tem de causar mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As crianças com perturbação de ansiedade de separação, quando separadas das figuras de vinculação mais importantes, podem apresentar isolamento social, apatia, tristeza ou dificuldade em concentrar-se nos trabalhos e brincadeiras. Dependendo da sua idade, os indivíduos podem ter medo de animais, monstros, do escuro, de assaltantes, de ladrões, sequestradores, de acidentes de carro, viagens de avião ou de outras situações que possam ser entendidas como perigosas para a família ou para os próprios. Alguns indivíduos ficam com saudades de casa e infelizes quando estão longe dela. A perturbação de ansiedade de separação em crianças pode levar à recusa escolar, e conduzir a dificuldades escolares e a isolamento social. As crianças, quando extremamente perturbadas com a perspetiva da separação, podem mostrar zanga ou ocasionalmente ser agressivas para aqueles que forçam a separação. Quando sozinhas, sobretudo à noite ou no escuro, as crianças podem relatar experiências sensoriais inabituais (como ver pessoas a olhar para dentro do seu quarto, criaturas assustadoras à sua procura, sentir que estão a ser olhadas). Crianças com esta perturbação podem ser descritas como exigentes, intrusivas, com permanente necessidade de atenção e, quando adultas, como dependentes e excessivamente protetoras. As suas exigências excessivas podem muitas vezes tornar-se uma fonte de frustração para os membros da família, levando a ressentimentos e conflitos na família.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação de ansiedade de separação em adultos nos EUA é de 0,9%-1,9%. Em crianças, a prevalência entre 6 e 12 meses é de cerca de 4%. Nos EUA, a prevalência a 12 meses em adolescentes é de 1,6%. A prevalência da perturbação de ansiedade de separação diminui desde a infância até à adolescência e idade adulta e é a perturbação de ansiedade mais prevalente em crianças até aos 12 anos. Em amostras clínicas de crianças, a perturbação é também comum em ambos os sexos. Na comunidade, a perturbação é mais frequente no sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Períodos de ansiedade de separação aumentada em relação às figuras de vinculação são uma parte das fases iniciais do desenvolvimento e podem indicar o desenvolvimento de relações de vinculação seguras (por exemplo, quando os bebés podem ter ansiedade perante pessoas desconhecidas por volta dos 12 meses). O início da perturbação de ansiedade de separação pode ser precoce, na idade pré-escolar, mas pode ocorrer em qualquer altura durante a infância e, em casos mais raros, durante a adolescência. Há tipicamente períodos de exacerbação e de remissão. Em certos casos, quer a ansiedade por uma possível separação quer o evitamento de situações que envolvam separação de casa ou do núcleo familiar (por exemplo, ir para a escola, afastando-se das figuras de vinculação) podem persistir ao longo da vida adulta. Porém, a maioria das crianças com perturbação de ansiedade de separação está isenta de perturbações de ansiedade incapacitantes ao longo da vida. Muitos adultos com perturbação de ansiedade de separação não se recordam do seu início durante a infância, embora possam lembrar-se de sintomas.

As manifestações da perturbação podem variar com a idade. Crianças mais pequenas são mais relutantes em ir para a escola ou podem evitar a escola por completo. Crianças mais pequenas podem não expressar as suas preocupações ou medos específicos de ameaças aos pais, à casa ou a si próprias e a ansiedade é manifestada apenas quando a separação é experienciada.

À medida que a criança cresce, as preocupações emergem; essas preocupações são muitas vezes sobre perigos específicos (por exemplo, acidentes, raptos, assaltos, morte) ou inquietações vagas sobre a possibilidade de não voltarem a estar com as figuras de vinculação. Tipicamente, os adultos com esta perturbação estão demasiado preocupados com os filhos e cônjuges a ponto de experimentarem um marcado mal-estar quando se encontram separados deles, podendo, igualmente, experimentar uma alteração significativa em situações sociais ou ocupacionais devido à necessidade de verificar continuamente o seu paradeiro.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A perturbação de ansiedade de separação desenvolve-se, muitas vezes, depois de acontecimentos de vida stressantes, sobretudo uma perda (por exemplo, a morte de um familiar ou de um animal de estimação; doença do próprio ou de um familiar; mudança de escola; divórcio dos pais; mudança para um novo bairro; imigração; um desastre que envolve períodos de separação das figuras de vinculação). Em adultos jovens, outros exemplos de acontecimentos de vida stressantes incluem a saída da casa dos pais, início de uma relação amorosa e tornar-se pai. A proteção excessiva dos pais e a intrusividade pode estar associada a perturbação de ansiedade de separação.

Genéticos e fisiológicos. A perturbação de ansiedade de separação em crianças pode ser hereditária. Estima-se que a hereditariedade seja de 73% numa amostra comunitária de gémeos com 6 anos, com uma taxa mais elevada nas raparigas. As crianças com perturbação de ansiedade de separação apresentam uma sensibilidade particularmente aumentada à estimulação respiratória com ar enriquecido com CO_2.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Há variações culturais do grau a partir do qual se considera desejável tolerar uma separação, de maneira que as exigências e oportunidades para a separação entre pais e filhos sejam evitadas nalgumas culturas. Por exemplo, há uma grande variedade entre países e culturas no que respeita à idade na qual é esperado que os filhos devem deixar a casa dos pais. É importante distinguir a perturbação de ansiedade de separação do lugar cimeiro em que algumas culturas colocam a interdependência dos membros da família.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As raparigas manifestam maior relutância em ir ou evitar a escola do que os rapazes. A expressão indireta do medo de separação pode ser mais comuns no sexo masculino do que no feminino, por exemplo, pela atividade independente limitada, relutância em estar fora de casa sozinho ou mal-estar quando o cônjuge ou os filhos fazem coisas de forma independente ou quando o contacto com eles não é possível.

Risco de Suicídio

A perturbação de ansiedade de separação nas crianças pode estar associada a um aumento do risco de suicídio. Numa amostra comunitária, a presença de perturbações do humor, perturbações de ansiedade ou o uso de substâncias foi associada a ideação e tentativas de suicídio. Todavia, esta associação não é específica da perturbação de ansiedade de separação e é encontrada em muitas perturbações de ansiedade.

Consequências Funcionais da Perturbação de Ansiedade de Separação

Indivíduos com perturbação de ansiedade de separação limitam, muitas vezes, as suas atividades independentes afastados de casa ou das figuras de vinculação (como nas crianças que evitam a escola, ir acampar, que têm dificuldade em dormir sozinhas; nos adolescentes que não saem para a escola; nos adultos que não saem da casa dos pais, não viajam, não trabalham fora de casa).

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de ansiedade generalizada. A perturbação de ansiedade de separação distingue-se da perturbação de ansiedade generalizada, uma vez que na primeira a ansiedade diz respeito predominantemente à separação das figuras de vinculação e, se ocorrerem outras preocupações, estas não predominam no quadro clínico.

Perturbação de pânico. Ameaças de separação podem conduzir a ansiedade extrema e até mesmo a um ataque de pânico. Na perturbação de ansiedade de separação, em contraste com a perturbação de pânico, a ansiedade relaciona-se com a possibilidade de ser afastado das figuras de vinculação e preocupação com eventos fatídicos que lhes possam acontecer, mais do que ficar incapacitado por um ataque de pânico inesperado.

Agorafobia. Ao contrário do que sucede na agorafobia, os indivíduos com perturbação de ansiedade de separação não estão, durante os acontecimentos que geram sintomas de tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes, ansiosos pela possibilidade de serem apanhados ou de se verem incapacitados em situações em que a fuga é percebida como difícil.

Perturbação do comportamento. O evitamento escolar (absentismo) é comum na perturbação do comportamento, mas a ansiedade de separação não é responsável pelas faltas à escola e, em regra, a criança ou adolescente, em vez de regressar, permanece fora de casa.

Perturbação de ansiedade social. A recusa em ir à escola poderá ser devida à perturbação de ansiedade social (fobia social). Nessas circunstâncias, o evitamento escolar é devido ao medo de ser julgado negativamente pelos outros e não a preocupações sobre estar separado das figuras de vinculação.

Perturbação de stress pós-traumático. O medo da separação dos entes queridos é comum após acontecimentos traumáticos como desastres, particularmente em períodos em que essa separação foi vivida durante o acontecimento traumático. Na perturbação de stress pós-traumático (PTSD), os sintomas centrais são relativos a intrusões ou evitamento de memórias associadas ao acontecimento traumático, enquanto na perturbação de ansiedade de separação as preocupações e evitamento dizem respeito ao bem-estar e à separação das figuras de vinculação.

Perturbação de ansiedade de doença. Indivíduos com perturbação de ansiedade de doença preocupam-se acerca de doenças específicas que possam ter, mas a principal preocupação é sobre o próprio diagnóstico médico e não sobre serem separados das figuras de vinculação.

Luto. Saudade intensa do falecido, tristeza intensa e dor emocional e preocupação com o falecido ou com as circunstâncias da morte são respostas expectáveis que ocorrem no luto, enquanto o medo da separação de outras figuras de vinculação é central na perturbação de ansiedade de separação.

Perturbações depressiva e bipolar. Estas perturbações podem estar associadas a relutância em sair de casa. Todavia, tal acontece pela baixa motivação para se interessar pelo mundo exterior e não pela preocupação ou medo de acontecimentos fatídicos que possam acontecer às figuras de vinculação. Ainda assim, os indivíduos com perturbação de ansiedade de separação podem ficar deprimidos enquanto estão separados, ou em antecipação da separação, das figuras de vinculação.

Perturbação desafiante de oposição. Crianças e adolescentes com perturbação de ansiedade de separação podem ter um comportamento de oposição quando são forçadas a separar-se das figuras de vinculação. A perturbação desafiante de oposição deve ser considerada apenas quando há um comportamento de oposição não relacionado com a antecipação ou ocorrência de separação das figuras de vinculação.

Perturbações psicóticas. Ao contrário das alucinações verificadas nas perturbações psicóticas, as experiências sensoriais pouco vulgares na perturbação de ansiedade de separação são habitualmente baseadas num erro de perceção dos estímulos reais que ocorrem apenas em determinadas situações (por exemplo, durante a noite) e são reversíveis pela presença de uma figura de vinculação.

Perturbações da personalidade. A perturbação da personalidade dependente é caracterizada pela tendência indiscriminada de confiar nos outros, enquanto a perturbação de ansiedade de separação envolve preocupações sobre a proximidade ou segurança das figuras de vinculação principais. A perturbação estado-limite da personalidade é caracterizada pelo medo de abandono pelos entes queridos, mas problemas na identidade, autodeterminação, funcionamento interpessoal e impulsividade são também centrais na perturbação, o mesmo não sucedendo na perturbação de ansiedade de separação.

Comorbilidades

Nas crianças com perturbação de ansiedade de separação há uma elevada comorbilidade com a perturbação de ansiedade generalizada e fobia social. Em adultos, as comorbilidades comuns incluem fobia específica, PTSD, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social, agorafobia, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações da personalidade. As perturbações depressiva e bipolar também são comórbidas com a perturbação de ansiedade de separação no adulto.

Mutismo Seletivo

Critérios de Diagnóstico 313.23 (F94.0)

A. Incapacidade persistente em falar em situações sociais específicas em que se espera que se fale (por exemplo, na escola) apesar de o fazer noutras situações.
B. A alteração interfere no rendimento escolar e ocupacional ou na comunicação em contexto social.
C. A duração da perturbação é de, pelo menos, 1 mês (não limitada ao primeiro mês da escola).
D. A incapacidade em falar não é devida à falta de conhecimentos ou de familiaridade com a língua requerida na situação social.
E. A perturbação não é mais bem explicada pela presença de uma perturbação de comunicação (por exemplo, perturbação da fluência com início na infância e não ocorre exclusivamente no decurso de uma perturbação do espectro do autismo, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica.

Características de Diagnóstico

Quando em encontros com outras pessoas em interações sociais, as crianças com mutismo seletivo não iniciam o discurso ou não respondem quando os outros lhes falam. A falta de discurso ocorre nas interações sociais com crianças ou adultos. Crianças com mutismo seletivo falam nas suas casas na presença dos membros da família próxima, mas, muitas vezes, nem mesmo com amigos próximos ou familiares do segundo grau, tais como avós ou primos, falam. A perturbação é muitas vezes marcada por ansiedade social elevada. Recusam, muitas vezes, falar na escola, o que tem interferência no rendimento escolar, uma vez que os professores têm dificuldade em avaliar as suas capacidades, por exemplo, as de leitura. A falta de discurso pode interferir na comunicação social, embora as crianças com esta perturbação usem, algumas vezes, meios não verbais para comunicar (por exemplo, vocalizações, apontar, escrever) e possam desejar ou estar ansiosas por atuar ou participar em encontros sociais em que falar não seja um requisito (por exemplo, nas partes não verbais nas brincadeiras escolares).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As características associadas do mutismo seletivo incluem timidez excessiva, medo do embaraço em situações sociais, isolamento e retraimento sociais, ficar colado às pessoas, traços compulsivos, negativismo, birras ou comportamentos de oposição ligeiros. Apesar de estas crianças terem capacidades de linguagem normais, ocasionalmente poderá existir uma perturbação da comunicação, apesar de não haver uma associação particular com uma perturbação específica da comunicação que tenha sido identificada. Mesmo quando estas perturbações estão presentes, a ansiedade também o está. Em contextos clínicos, às crianças com mutismo seletivo é quase sempre dado o diagnóstico adicional de outra perturbação de ansiedade – mais comummente, perturbação de ansiedade social (fobia social).

Prevalência

O mutismo seletivo é uma perturbação relativamente rara e não foi incluída como uma categoria diagnóstica nos estudos epidemiológicos de prevalência de perturbações da infância. A prevalência pontual usando várias amostras clínicas e escolares varia entre 0,03% e 1% dependendo do contexto (por exemplo, clínico *versus* escolar *versus* população geral) e idade dos indivíduos da amostra. A prevalência da perturbação não parece variar com o sexo ou a raça/etnia. A probabilidade de a perturbação se manifestar em crianças pequenas é maior do que em adolescentes ou adultos.

Desenvolvimento e Curso

Em regra, o início do mutismo seletivo verifica-se antes dos 5 anos, mas a perturbação pode não ser clinicamente detetada até à entrada na escola, onde há um aumento da interação social e das atividades de desempenho, tais como ler em voz alta. A persistência da perturbação é variável. Embora os relatos clínicos sugiram que muitos indivíduos «superam» o mutismo seletivo, o curso longitudinal da perturbação é desconhecido. Nalguns casos, em particular nos indivíduos com perturbação de ansiedade social, o mutismo seletivo pode desaparecer, mas os sintomas da perturbação de ansiedade social persistirem.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco para mutismo seletivo não estão bem identificados. Afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar um papel, tal como a história parental de timidez, isolamento social e ansiedade social. As crianças com mutismo seletivo podem ter dificuldades subtis na linguagem recetiva comparadas com os seus pares, embora a linguagem recetiva se encontre ainda dentro do intervalo normal.

Ambientais. A inibição social da parte dos pais pode servir de modelo para retraimento social e mutismo seletivo nas crianças. Além disso, os pais de crianças com mutismo seletivo foram descritos como excessivamente protetores e mais controladores dos que os pais de crianças com outras perturbações de ansiedade ou sem perturbações.

Fatores genéticos e fisiológicos. Devido à significativa sobreposição entre o mutismo seletivo e a perturbação de ansiedade social, poderão existir fatores genéticos comuns a ambas as condições.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Crianças de famílias que tenham imigrado para um país onde se fala uma língua diferente podem recusar-se a falar a nova língua devido à falta de conhecimento que têm da mesma. Se a compreensão da nova língua é adequada e a recusa em falar persiste, o diagnóstico de mutismo seletivo pode ser atribuído.

Consequências Funcionais do Mutismo Seletivo

O mutismo seletivo pode resultar em défices sociais, uma vez que as crianças podem ser demasiado ansiosas para estabelecer interações sociais recíprocas com outras crianças. À medida que as crianças com mutismo seletivo amadurecem, pode verificar-se um aumento do isolamento social. Em contexto escolar, podem sofrer de défices escolares, porque muitas vezes não conseguem comunicar aos professores as suas necessidades escolares e pessoais (por exemplo, não compreender um trabalho escolar, não pedir para usar a casa de banho). Défices graves nos funcionamentos escolar e social, incluindo a troça dos colegas, são comuns. Em certos contextos, o mutismo seletivo pode servir como uma estratégia compensatória para diminuir a excitação ansiosa em encontros sociais.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações da comunicação. O mutismo seletivo deve distinguir-se das perturbações da fala que são mais bem explicadas por perturbações da comunicação, tais como perturbação da linguagem, perturbação do som da fala (antes perturbação fonológica), perturbação da fluência de início na infância (gaguez) ou perturbação da comunicação pragmática (social). Ao contrário do mutismo seletivo, a perturbação da fala nestas condições não está limitada a uma situação de fobia social.

Perturbações do neurodesenvolvimento, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. Indivíduos com uma perturbação do espectro do autismo, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica, ou graves deficiências intelectuais, podem ter problemas na comunicação social e ser incapazes de falar adequadamente em situações sociais. Em contraste, o mutismo seletivo pode ser diagnosticado apenas quando a criança tem uma capacidade estabelecida para falar nalgumas situações sociais (por exemplo, tipicamente em casa).

Perturbação de ansiedade social (fobia social). A ansiedade social ou evitamento social na perturbação de ansiedade social pode estar associada a mutismo seletivo. Em tais casos, podem ser dados ambos os diagnósticos.

Comorbilidades

As condições comórbidas mais comuns são outras perturbações de ansiedade, mais comummente perturbação de ansiedade social, seguida da perturbação de ansiedade de separação e fobia específica. Comportamentos de oposição são descritos em crianças com mutismo seletivo, embora os comportamentos de oposição possam limitar-se a situações que requeiram falar. Atrasos ou perturbações na comunicação também podem surgir nalgumas crianças com mutismo seletivo.

Fobia Específica

Critérios de Diagnóstico

A. Medo ou ansiedade marcados em relação a um objeto ou situação específicos (por exemplo, viajar de avião, alturas, animais, levar uma injeção, ver sangue).
   Nota. Nas crianças, o medo e a ansiedade podem ser expressos por choro, birras, imobilidade ou ficar colado às pessoas.
B. O objeto ou a situação fóbicos quase sempre provocam medo ou ansiedade imediatos.
C. O objeto ou a situação fóbicos são ativamente evitados ou enfrentados com medo e ansiedade intensos.
D. O medo e a ansiedade são desproporcionais ao perigo real que o objeto ou a situação específicos colocam e ao contexto sociocultural.
E. O medo, a ansiedade ou o evitamento são persistentes, durando tipicamente 6 meses ou mais.
F. O medo, a ansiedade ou o evitamento causam mal-estar clinicamente significativos ou um défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
G. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outra perturbação mental, incluindo medo, ansiedade e evitamento de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos e situações relacionados com obsessões (como na perturbação obsessivo-compulsiva); recordações de acontecimentos traumáticos (como na perturbação de stress pós-traumático); separação de casa ou das figuras de vinculação (como na perturbação de ansiedade de separação); ou situações sociais (como na perturbação de ansiedade social).

Especificar se:

Código baseado no estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (por exemplo, aranhas, insetos, cães).

300.29 (F40.228) Ambiente natural (por exemplo, alturas, tempestades, água).

300.29 (F40.23x) Sangue-injeções-ferimentos (por exemplo, agulhas, procedimentos médicos invasivos).

Nota de codificação. Selecione o código ICD-10-CM específico da seguinte maneira: **F40.230** medo de sangue; **F40.231** medo de injeções e transfusões; **F40.232** medo de outros cuidados médicos; ou **F40.233** medo de ferimentos.

300.29 (F40.248) Situacional (por exemplo, aviões, elevadores, espaços fechados).

300.29 (F40.298) Outro (por exemplo, situações que possam provocar asfixia ou vómito; nas crianças, por exemplo, sons altos ou figuras mascaradas).

Nota de codificação. Quando está presente mais do que um estímulo fóbico, codifique todos os códigos ICD-10-CM que se apliquem (por exemplo, para medo de cobras e de viajar de avião, **F40.218** fobia específica, animal e **F40.248** fobia específica, situacional).

Especificadores

É comum que os indivíduos tenham múltiplas fobias específicas. A média individual com fobia específica é de 3 objetos ou situações, e cerca de 75% dos indivíduos com fobia específica têm medo de mais do que uma situação ou objeto. Em tais casos, poderá ser necessário dar múltiplos diagnósticos de fobias específicas, cada qual com um código de diagnóstico que reflete o estímulo fóbico. Por exemplo, se um indivíduo tem medo de relâmpagos e de viajar de avião, então serão dados 2 diagnósticos: fobia específica, ambiente natural, e fobia específica, situacional.

Características de Diagnóstico

A característica-chave desta perturbação é o medo ou a ansiedade circunscritos à presença de uma situação particular ou objeto (Critério A), a qual pode ser designada por *estímulo fóbico*. As categorias das situações ou objetos receados são dadas como especificadores. Muitos indivíduos têm medo de objetos ou situações de mais do que uma categoria ou estímulo fóbico. Para o diagnóstico de uma fobia específica, a resposta deve diferir dos medos transitórios normais que ocorrem comummente na população. Para que cumpra critérios de diagnóstico, o medo e ansiedade devem ser intensos ou graves (isto é, «marcados») (Critério A). A quantidade de medo experimentado pode variar com a proximidade ao objeto ou situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença do objeto ou situação. O medo e a ansiedade podem, também, tomar a forma de ataque de pânico sintomático completo ou limitado (isto é, ataque de pânico esperado). Outra característica das fobias específicas é a de que o medo ou a ansiedade são evocados quase sempre que o indivíduo está em contacto com o estímulo fóbico (Critério B). Assim, o indivíduo que se torna ansioso apenas ocasionalmente quando confrontado com a situação ou objeto (por exemplo, fica ansioso quando viaja de avião apenas 1 em cada 5 vezes) não deverá ser diagnosticado com fobia específica. Contudo, o grau de medo ou de ansiedade expressos pode variar (desde ansiedade antecipatória a ataque de pânico completo) nas diferentes ocasiões em que se encontre perante o objeto ou situação fóbicos devido a diversos fatores contextuais, tais como a presença de outras pessoas, a duração da exposição e outros elementos ameaçadores como a turbulência num voo em indivíduos que tenham medo de viajar de avião. A expressão do medo e da ansiedade é, muitas vezes, diferente entre as crianças e os adultos. O medo e a ansiedade ocorrem assim que o objeto ou a situação fóbicos surgem (isto é, imediatamente e não com atraso).

O indivíduo evita ativamente a situação, mas, se não consegue ou decide não a evitar, a situação ou o objeto desencadeiam medo e ansiedade intensos (Critério C). *Evitamento ativo* significa que o indivíduo se comporta intencionalmente no sentido de prevenir ou minimizar o contacto com os objetos ou situações fóbicos (por exemplo, no trajeto para o trabalho, escolhe ir por túneis e não por pontes devido ao medo das alturas; evita entrar num quarto escuro por ter medo de aranhas; evita aceitar um emprego num local em que o estímulo fóbico seja mais comum). Os comportamentos de evitamento são, por vezes, óbvios (por exemplo, um

indivíduo que tem medo de sangue e que se recusa a ir ao médico), outros menos (por exemplo, o indivíduo que tem medo de cobras e que recusa olhar para imagens que pareçam ter a forma de cobras). Muitos indivíduos com fobias específicas sofreram ao longo dos anos e mudaram as suas circunstâncias de vida de forma a, tanto quanto possível, evitar o objeto ou situação fóbica (por exemplo, um indivíduo diagnosticado com uma fobia específica animal que muda para uma área de residência onde não exista o animal de que tem medo). Assim, não mais terão medo e ansiedade nas suas vidas diárias. Em tais circunstâncias, os comportamentos de evitamento ou a recusa continuada de participar em atividades que possam envolver a exposição a um objeto ou situação fóbica (por exemplo, recusa repetida de aceitar empregos que impliquem fazer viagens por ter medo de viajar de avião), podem, na ausência de manifesta ansiedade ou pânico, ser úteis na confirmação do diagnóstico.

O medo ou a ansiedade são desproporcionais ao perigo real que o objeto ou situação apresentam, ou mais intenso do que é considerado necessário (Critério D). Embora os indivíduos com fobia específica reconheçam, muitas vezes, que as suas reações são desproporcionadas, tendem a sobrestimar o perigo das situações que temem, pelo que compete ao clínico determinar se é desproporcionado. O contexto sociocultural do indivíduo deve ser tomado em consideração. Por exemplo, o medo do escuro pode ser razoável no contexto de violência continuada e o medo de insetos pode ser mais desproporcionado em contextos onde os insetos fazem parte da dieta alimentar. O medo, ansiedade ou evitamento são persistentes, durando tipicamente 6 meses ou mais (Critério E), o que ajuda a distinguir a perturbação de medos transitórios que são comuns na população, particularmente entre crianças. Porém, o critério de duração deve ser utilizado como orientação geral, permitindo um certo grau de flexibilidade. A fobia específica pode causar mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento de modo a que a perturbação possa ser diagnosticada (Critério F).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com fobia específica experienciam tipicamente um aumento da excitabilidade fisiológica em antecipação ou durante a exposição a um objeto ou situação fóbicos. Contudo, a resposta fisiológica à situação ou objeto temidos varia. Enquanto indivíduos com fobias específicas situacional, ambiente natural e animal são propensos a exibir alterações do sistema nervoso simpático, os que têm fobia específica sangue-injeções-ferimentos têm uma reação vasovagal, desmaiando ou quase desmaiando, que é marcada pela aceleração breve inicial do batimento cardíaco e elevação da tensão arterial seguida da desaceleração do ritmo cardíaco e da queda da tensão arterial. Os atuais modelos de sistemas neuronais para a fobia específica enfatizam o papel da amígdala e estruturas relacionadas, tanto quanto noutras perturbações de ansiedade.

Prevalência

Nos EUA, a prevalência estimada a 12 meses na comunidade para fobia específica é cerca de 7%-9%. As taxas de prevalência nos países europeus são muito semelhantes às dos EUA (cerca de 6%), mas as taxas são francamente mais baixas na Ásia, África e países da América Latina (2%-4%). As taxas de prevalência são de cerca de 5% em crianças pequenas e de 16% nas da faixa etária de 13-17 anos. As taxas de prevalência são mais baixas nos indivíduos mais velhos (3%-5%), possivelmente refletindo a diminuição da gravidade para níveis subclínicos. O sexo feminino é mais frequentemente atingido do que o masculino, com um rácio de aproximada-

mente 2:1, embora as taxas variem para os diferentes estímulos fobicos. Isto é, as fobias específicas animal, ambiente natural e situacional predominam no sexo feminino, enquanto a fobia sangue-injeções-ferimentos tem uma distribuição semelhante entre os sexos.

Desenvolvimento e Curso

Por vezes, a fobia específica desenvolve-se na sequência de um acontecimento traumático (por exemplo, ser atacado por um animal ou ficar preso num elevador), da observação de outros a passarem por um acontecimento traumático (por exemplo, ver alguém afogar-se), um ataque de pânico inesperado numa situação para ser receada (por exemplo, um ataque de pânico inesperado enquanto se ia no metro) ou uma transmissão informativa (por exemplo, uma extensa cobertura de um acidente de avião na comunicação social). Todavia, muitos indivíduos com fobia específica são incapazes de se lembrar da razão específica que desencadeou as suas fobias. A fobia específica desenvolve-se em regra durante o início da infância, com a maioria dos casos a surgir antes dos 10 anos. A idade média de início é entre os 7 e os 11 anos, com a média a situar-se pelos 10 anos. Fobias específicas situacionais tendem a ter uma idade de aparecimento mais tardia do que as fobias específicas ambiente natural, animal ou sangue-injeções-ferimentos. É provável que as fobias específicas que se desenvolvem na infância e adolescência aumentem e diminuam durante esse período. Contudo, na maioria dos casos, é improvável que as fobias que persistem na idade adulta remitam.

Quando uma fobia específica é diagnosticada numa criança, devem considerar-se dois aspetos. Primeiro, as crianças pequenas podem expressar o seu medo e ansiedade através de choro, birras, imobilidade ou colando-se às pessoas. Segundo, as crianças pequenas não são capazes de compreender o conceito de evitamento. Por consequência, o clínico deve reunir informação adicional junto dos pais, professores ou outras pessoas que conheçam bem a criança. Medos em regra são muito comuns nas crianças pequenas, mas são habitualmente transitórios e apenas ligeiramente incapacitantes, logo, considerados adequados ao seu nível do desenvolvimento. Em tais casos, o diagnóstico de uma fobia específica não deverá ser feito. Quando o diagnóstico de uma fobia específica é considerado numa criança, é importante avaliar o grau de incapacidade e a duração do medo, ansiedade ou evitamento e se é típico para a fase do desenvolvimento da criança.

Embora a prevalência de uma fobia específica seja inferior nas populações mais velhas, continua a ser uma das perturbações mais comummente experienciadas na idade avançada. Muitos aspetos devem ser considerados quando se diagnostica uma fobia específica nas populações mais idosas. Primeiro, os indivíduos mais velhos podem estar mais suscetíveis às fobias específicas ambiente natural e quedas. Segundo, uma fobia específica (como todas as perturbações de ansiedade) tende a coocorrer com preocupações médicas nos indivíduos idosos, incluindo doença cardíaca coronária e doença pulmonar obstrutiva crónica. Terceiro, os indivíduos idosos têm maior probabilidade de atribuir a condições médicas os sintomas de ansiedade. Quarto, indivíduos idosos poderão ter maior probabilidade de manifestar ansiedade de maneira atípica (por exemplo, misturando sintomas de ansiedade e depressão) e, assim, terem maior probabilidade de ser diagnosticados com uma perturbação de ansiedade não especificada. Adicionalmente, a presença de uma fobia específica em adultos mais velhos está associada a uma qualidade de vida diminuída e pode representar um fator de risco para perturbação neurocognitiva major.

Apesar de a maioria das fobias específicas se desenvolver na infância e adolescência, é possível que uma fobia específica se desenvolva em qualquer idade, muitas vezes como resul-

tado de experiências traumáticas. Por exemplo, fobias de asfixia que surgem em qualquer idade pouco depois de um acontecimento de quase asfixia.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco temperamentais para uma fobia específica, tais como afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição do comportamento, são também fatores de risco para perturbações de ansiedade.

Ambientais. Os fatores de risco ambientais para fobias específicas, tais como proteção parental excessiva, perda ou separação parental e abusos físico e sexual, podem ser preditivos de outras perturbações de ansiedade. Como referido anteriormente, acontecimentos negativos ou traumáticos com objetos ou situações receados precedem, algumas vezes (mas nem sempre), o desenvolvimento de uma fobia específica.

Genéticos e fisiológicos. Pode existir suscetibilidade genética para uma dada categoria de fobia específica (por exemplo, um indivíduo com um familiar do primeiro grau com uma fobia específica a animais está significativamente mais suscetível a ter a mesma fobia específica do que qualquer outra categoria de fobia). Indivíduos com fobia a sangue-injeções-ferimentos exibem uma propensão elevada a síncope vasovagal (desmaio) na presença de um estímulo fóbico.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Nos EUA, os indivíduos asiáticos e latinos relatam muitas vezes taxas mais baixas de fobia específica do que os brancos não latinos, afro-americanos e americanos nativos. Além de terem taxas mais baixas para fobia específica, alguns países que não os EUA, particularmente países asiáticos e africanos, revelam diferentes conteúdos da fobia, idade de aparecimento e distribuição por género.

Risco de Suicídio

Indivíduos com fobia específica têm uma probabilidade 60% maior de fazer uma tentativa de suicídio do que indivíduos sem o diagnóstico. Contudo, é provável que essas taxas elevadas sejam primariamente devidas às comorbilidades com perturbações da personalidade e outras perturbações de ansiedade.

Consequências Funcionais da Fobia Específica

Indivíduos com fobia específica revelam padrões semelhantes de incapacidade no funcionamento psicossocial e diminuição da qualidade de vida semelhantes aos dos indivíduos com outras perturbações de ansiedade e perturbações de uso de álcool e de substâncias, incluindo défices no funcionamento ocupacional e interpessoal. Nos idosos, a incapacidade pode ser observada nos deveres de cuidado e atividades voluntárias. Nos idosos, o medo de cair pode levar a mobilidade reduzida e a redução do funcionamento físico e social, o que pode conduzir a cuidados domiciliários formais ou informais. O mal-estar e os défices causados pelas fobias específicas tendem a aumentar com o número de objetos e situações receadas. Assim, é provável que um indivíduo que tenha medo de 4 objetos ou situações tenha maior défice nos seus papéis ocupacionais e sociais e uma menor qualidade de vida do que aquele que tem medo apenas de um objeto ou situação. Indivíduos com fobia específica a sangue-injeções-ferimentos mostram-se muitas vezes relutantes em receber cuidados médicos quando

existe uma preocupação médica. O medo de vomitar e de asfixia pode reduzir, substancialmente, a ingestão de alimentos.

Diagnóstico Diferencial

Agorafobia. Uma fobia específica situacional pode confundir-se com agorafobia na sua apresentação clínica, dada a sobreposição nas situações receadas (por exemplo, medo de viajar de avião, espaços fechados, elevadores). Se um indivíduo tem medo de apenas uma das situações de agorafobia, então a fobia específica, situacional, pode ser diagnosticada. Se tem medo de 2 ou mais situações agorafóbicas, é provavelmente atribuído o diagnóstico de agorafobia. Por exemplo, um indivíduo que tem medo de aviões e de elevadores (os quais se sobrepõem com a situação agorafóbica de «transportes públicos»), mas não tem medo de outras situações agorafóbicas deve ser diagnosticado com fobia específica, situacional, enquanto um indivíduo que tenha medo de aviões, elevadores e de multidões (as quais se sobrepõem a duas situações agorafóbicas, «uso de transportes públicos» e «permanecer numa fila e estar na multidão») deverá ser diagnosticado com agorafobia. O Critério B para agorafobia (as situações são receadas e evitadas «devido a pensamentos de que a fuga poderá ser difícil ou de que a ajuda poderá não estar disponível no caso de desenvolver sintomas de tipo ataque de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos») pode ser útil na distinção de agorafobia e fobia específica. Se as situações são receadas por outras razões, tais como medo de ser prejudicado diretamente pelo objeto ou situações (por exemplo, medo de um acidente de avião, medo de uma mordedura animal), o diagnóstico mais apropriado deverá ser o de fobia específica.

Perturbação de ansiedade social. Se as situações são receadas devido a uma avaliação negativa, dever-se-á diagnosticar perturbação de ansiedade social em vez de fobia específica.

Perturbação de ansiedade de separação. Se as situações são receadas devido à separação de um cuidador primário ou figura de vinculação, dever-se-á diagnosticar uma perturbação de ansiedade de separação em vez de uma fobia específica.

Perturbação de pânico. Indivíduos com uma fobia específica podem ter ataques de pânico quando confrontados com as suas situações ou objetos receados. O diagnóstico de uma fobia específica deve ser dado se os ataques de pânico ocorrem em resposta a um objeto ou situação específicos, enquanto o diagnóstico de perturbação de pânico deve ser atribuído se o indivíduo também tiver ataques de pânico que são inesperados (isto é, que ocorrem sem ser em resposta ao objeto ou situação específica da fobia).

Perturbação obsessivo-compulsiva. Se o medo ou ansiedade primários do indivíduo são em relação a um objeto ou situação que resultam de obsessões (por exemplo, ter medo de sangue devido a pensamentos obsessivos de contaminação a partir de patogénios do sangue [isto é, VIH]; medo de conduzir devido a imagens obsessivas de fazer mal aos outros), e se outros critérios de diagnóstico para perturbação obsessivo-compulsiva são preenchidos, então deve ser atribuído o diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva.

Perturbações relacionadas com trauma e com fatores de stress. Se a fobia se desenvolve a seguir a um acontecimento traumático, deve considerar-se o diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático (PTSD). Contudo, acontecimentos traumáticos podem preceder o início da PTSD e fobia específica. Nesse caso, o diagnóstico de fobia específica deve ser dado apenas se todos os critérios para PTSD não forem preenchidos.

Perturbações da alimentação e da ingestão. O diagnóstico de fobia específica não é dado se o comportamento de evitamento é exclusivamente dirigido a evitar a comida ou aspetos relacionados com a comida, devendo-se, nesses casos, considerar os diagnósticos de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. Quando um medo ou evitamento são devidos a um pensamento delirante (como acontece na esquizofrenia ou noutra perturbação do espectro da esquizofrenia, ou outras perturbações psicóticas), não deve atribuir-se o diagnóstico de fobia específica.

Comorbilidades

Uma fobia específica raramente é observada no contexto médico-clínico na ausência de outra psicopatologia e é mais vezes observada em contextos não médico-clínicos. A fobia específica está com frequência associada a uma série de outras perturbações, sobretudo depressão nos adultos mais velhos. Devido ao início precoce, a fobia específica é tipicamente uma perturbação primária temporária. Os indivíduos com fobia específica têm um risco aumentado de desenvolver outras perturbações, incluindo outras perturbações de ansiedade, perturbações depressiva e bipolar, perturbações relacionadas com substâncias, sintomas somáticos e perturbações relacionadas, e perturbações da personalidade (em particular a perturbação da personalidade dependente).

Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

Critérios de Diagnóstico 300.23 (F40.10)

A. Medo ou ansiedade marcados de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto ao possível escrutínio dos outros. Os exemplos incluem interações sociais (como uma conversa, encontro com pessoas desconhecidas), ser observado (como a comer ou a beber) e em situações de desempenho perante os outros (como falar em público).
   Nota. Em crianças, a ansiedade tem de estar presente com os pares e não apenas durante interações com adultos.
B. O indivíduo teme comportar-se ou mostrar sintomas de ansiedade que possam ser avaliados negativamente (isto é, que seja humilhante ou embaraçoso; que leve à rejeição ou ofensa dos outros).
C. As situações sociais provocam quase sempre medo ou ansiedade.
   Nota. Em crianças, o medo e a ansiedade podem ser expressos por choro, birras, imobilidade, colar-se aos outros, retraimento ou incapacidade de falar em situações sociais.
D. As situações sociais são evitadas ou enfrentadas com intenso medo ou ansiedade.
E. O medo ou a ansiedade são desproporcionados relativamente ao perigo real que a situação social pressupõe e ao contexto sociocultural.
F. O medo, a ansiedade ou o evitamento são persistentes, com uma duração típica de 6 ou mais meses.
G. O medo, a ansiedade ou o evitamento causam um mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
H. O medo, a ansiedade e o evitamento não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou a outra condição médica.

I. O medo, a ansiedade ou o evitamento não são mais bem explicados por sintomas de outra perturbação mental, tal como perturbação de pânico, perturbação dismórfica corporal ou perturbação do espectro do autismo.
J. Se outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, obesidade, desfiguração provocada por queimaduras ou lesões) está presente, o medo, a ansiedade ou o evitamento não estão claramente relacionados ou são excessivos.

Especificar se:

Apenas de desempenho. Se o medo se restringe a falar ou a situações de desempenho em público.

Especificadores

Indivíduos com fobia social do tipo apenas de desempenho têm medos de desempenho que são habitualmente mais incapacitantes nas suas vidas (por exemplo, músicos, dançarinos, atores, atletas) ou em posições em que seja requerido falar regularmente em público. O medo do desempenho também se manifesta no trabalho, escola ou em contextos académicos onde são requeridas apresentações públicas regulares. Indivíduos com perturbação de ansiedade social apenas de desempenho não têm medo nem evitam situações sociais que não exijam desempenho.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de ansiedade social é o marcado, ou intenso, medo ou ansiedade em situações sociais nas quais o indivíduo possa ser escrutinado pelos outros. Nas crianças, o medo ou ansiedade deve estar presente junto dos pares e não apenas durante a interação com os adultos (Critério A). Quando exposto a situações sociais, o indivíduo teme que possa ser avaliado negativamente. O indivíduo está preocupado com a possibilidade de ser considerado ansioso, fraco, maluco, estúpido, aborrecido, intimidante, sujo ou desagradável. O indivíduo teme comportar-se de determinada forma ou exibir sintomas de ansiedade, tais como, corar, tremer, transpirar, atrapalhar-se nas palavras ou olhar fixamente, de modo a que possa ser julgado negativamente pelos outros (Critério B). Alguns indivíduos temem, em consequência, ofender ou ser rejeitados pelos outros. O medo de ofender os outros – por exemplo, por um olhar ou ao mostrar sintomas de ansiedade – pode ser o medo predominante em indivídios de culturas com fortes princípios coletivistas. Um indivíduo com medo de que lhe tremam as mãos pode evitar beber, comer, escrever ou apontar em público; se tiver medo de transpirar, pode evitar apertar as mãos ou comer comidas picantes; se tiver medo de corar pode evitar situações que exijam exposição pública, luzes brilhantes ou conversas sobre temas íntimos. Alguns indivíduos temem e evitam urinar em casas de banho públicas quando outras pessoas estão presentes (isto é, têm parurese ou «síndrome da bexiga tímida»).

As situações sociais provocam quase sempre medo ou ansiedade (Critério C). Assim, um indivíduo que fique ansioso apenas ocasionalmente em situações sociais não deve ser diagnosticado com perturbação de ansiedade social. Contudo, o grau e tipo de medo e ansiedade pode variar (por exemplo, ansiedade antecipatória, ataque de pânico) em diferentes ocasiões. A ansiedade antecipatória pode, por vezes, acontecer bastante antes das situações (por exemplo, preocupar-se todos os dias semanas antes de ir um evento social, repetindo o discurso com dias de antecedência). Nas crianças, o medo e a ansiedade podem ser expressos por choro, birras, imobilidade, colar-se aos outros ou retraimento nas situações sociais. O indivíduo evitará muitas

vezes situações sociais que receia. Em alternativa, as situações são enfrentadas com medo ou ansiedade acentuados (Critério D). O evitamento pode ser abrangente (por exemplo, não ir a festas, recusar se a ir à escola) ou subtil (por exemplo, preparar excessivamente o texto de um discurso, desviar a atenção para outros, limitar o contacto visual).

O medo ou a ansiedade são considerados desproporcionais ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências dessa avaliação negativa (Critério E). Por vezes, a ansiedade pode não ser considerada excessiva porque está relacionada com um perigo real (por exemplo, ser ameaçado ou atormentado pelos outros). Contudo, os indivíduos com perturbação de ansiedade social sobrestimam muitas vezes as consequências negativas das situações sociais, pelo que é o clínico quem determina se é desproporcional. O contexto sociocultural individual deve ser tido em conta quando esta consideração é feita. Por exemplo, em determinadas culturas, um comportamento que pareceria ansioso pode ser considerado adequado em situações sociais (por exemplo, pode ser encarado como um sinal de respeito).

A duração da perturbação é de, tipicamente, pelo menos 6 meses (Critério F). Este limiar de duração ajuda a distinguir a perturbação dos medos sociais transitórios que são comuns sobretudo em crianças e na comunidade. Contudo, o critério de duração deve ser utilizado como um guia geral que permita algum grau de flexibilidade. O medo, a ansiedade e o evitamento devem interferir significativamente na rotina normal do indivíduo, nos funcionamentos ocupacional ou escolar, nas atividades sociais e relacionamentos, ou deve causar mal-estar significativo ou um défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério G). Por exemplo, um indivíduo que tenha medo de falar em público não deve receber o diagnóstico de perturbação de ansiedade social se essa atividade não é habitual no seu trabalho ou na sala de aula, e se o indivíduo não está significativamente perturbado com isso. Todavia, se devido aos sintomas de ansiedade social, o indivíduo evita, ou passa por cima, de um trabalho ou da escola que realmente quer, cumpre-se o Critério G.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação de ansiedade social podem ser inadequadamente assertivos ou demasiado submissos ou, menos comum, muito controladores da conversa. Podem exibir uma postura corporal excessivamente rígida ou um contacto ocular inadequado, ou falar com uma voz demasiado suave. Esses indivíduos podem ser tímidos ou evitantes, e podem ser pouco abertos em conversas e revelar pouco sobre si. Podem procurar empregos que não exijam contacto social, embora não seja este o caso dos indivíduos com perturbação de ansiedade social apenas de desempenho. Podem viver muito tempo em casa. Os homens podem protelar o casamento ou ter uma família, enquanto as mulheres que gostariam de trabalhar fora de casa podem viver a vida como domésticas e mães. A automedicação com substâncias é comum (por exemplo, beber antes de ir a uma festa). A ansiedade social entre os adultos mais velhos pode também incluir exacerbação de sintomas de doenças médicas, tais como aumento do tremor ou taquicardia. Corar é uma resposta física característica da perturbação de ansiedade social.

Prevalência

A prevalência estimada aos 12 meses da perturbação de ansiedade social nos EUA é de cerca de 7%. Estimativas mais baixas de prevalências aos 12 meses são frequentes na maior parte do mundo que utiliza o mesmo instrumento de diagnóstico, situando-se pelos 0,5%-2,0%; a prevalência média na Europa é 2,3%. As taxas de prevalência aos 12 meses em crianças e adolescentes

são comparáveis às dos adultos. A taxas de prevalência diminuem com a idade. A prevalência aos 12 meses nos idosos varia entre 2% e 5%. Por regra, taxas mais elevadas de perturbação de ansiedade social são observadas no sexo feminino na população geral (com razões de probabilidade que variam de 1,5 a 2,2), e a diferença entre géneros na prevalência é mais pronunciada nos adolescentes e adultos jovens. As taxas por género são equivalentes ou ligeiramente mais elevadas para o sexo masculino em amostras clínicas e assume-se que os papéis de género e expectativas sociais desempenham uma função significativa na explicação da maior procura de ajuda por parte dos doentes masculinos. A prevalência nos EUA é mais elevada nos índios americanos e mais baixa nos indivíduos asiáticos, latinos, afro-americanos e descendentes de afro-caribenhos comparativamente com os brancos não hispânicos.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de aparecimento da perturbação de ansiedade social nos EUA é 13 anos e 75% dos indivíduos têm uma idade de aparecimento entre os 8 e os 15 anos. A perturbação surge, por vezes, desenquadrada de uma história de inibição social infantil ou de timidez em estudos americanos e europeus. O aparecimento também pode acontecer na primeira infância. O aparecimento da perturbação de ansiedade social pode ocorrer após uma experiência stressante ou humilhante (por exemplo, ser ameaçado, vomitar durante um discurso público) ou ser insidioso, desenvolvendo-se devagar. O início em idade adulta é relativamente raro e é mais provável que ocorra depois de um acontecimento stressante ou humilhantes ou depois de alterações de vida que requeiram novos papéis sociais (por exemplo, casar com alguém de uma classe social diferente, receber uma promoção no emprego). A perturbação de ansiedade social pode diminuir depois que um indivíduo com medo de namorar case e pode reemergir após um divórcio. A perturbação tende a ser particularmente persistente entre aqueles que recorrem aos cuidados clínicos.

Os adolescentes têm um padrão mais abrangente de medo ou evitamento, incluindo de namorar, comparado com crianças mais novas. Os adultos mais velhos expressam a sua ansiedade social com níveis mais baixos, mas para um amplo espectro de situações, enquanto os adultos mais novos exibem níveis mais elevados de ansiedade social para situações específicas. Nos adultos mais velhos, a ansiedade social pode relacionar-se com a incapacidade devida ao declínio das funções sensoriais (audição, visão), por vergonha acerca da sua aparência (por exemplo, tremor como sintoma da doença de Parkinson) ou funcionamento devido a condições médicas, incontinência ou défices cognitivos (por exemplo, esquecer os nomes das pessoas). Na comunidade, cerca de 30% dos indivíduos com perturbação de ansiedade social têm remissão dos sintomas ao fim de 1 ano e cerca de 50% têm remissão em poucos anos. Para cerca de 60% dos indivíduos sem tratamento específico para a perturbação de ansiedade social, o curso da perturbação pode durar vários anos ou mais.

A deteção da perturbação de ansiedade social nos adultos mais velhos pode ser desafiante devido a vários fatores, incluindo o foco nos sintomas somáticos, doenças médicas comórbidas, juízo crítico limitado, mudanças no ambiente ou papéis sociais que podem mascarar os défices no funcionamento social, ou pelo retraimento ao descrever mal-estar psicológico.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Traços subjacentes que predispõem os indivíduos a perturbação de ansiedade social incluem inibição do comportamento e medo de avaliações negativas.

Ambientais. No desenvolvimento da perturbação de ansiedade social não há uma relação causal com taxas aumentadas de maus-tratos na infância ou com outras adversidades psicológicas de início precoce. Contudo, constituem fatores de risco para a perturbação de ansiedade social.

Genéticos e fisiológicos. Traços que predispõem os indivíduos a perturbação de ansiedade social, tais como inibição do comportamento, são fortemente influenciados pela genética. A influência genética é sujeita à interação dos genes com o ambiente; isto é, as crianças com uma acentuada inibição do comportamento estão mais suscetíveis a influências ambientais, tais como ansiedade social moldada pelos pais. Adicionalmente, a perturbação de ansiedade social é hereditária (menos relevante na ansiedade apenas de desempenho). Os familiares de primeiro grau têm 2 a 6 vezes maior probabilidade de ter perturbação de ansiedade social e a probabilidade de a desenvolver envolve a interação dos fatores genéticos específicos da perturbação (por exemplo, medo de ser avaliado negativamente) e não específicos (por exemplo, neuroticismo).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A síndrome de *taijin kyofusho* (por exemplo, no Japão e Coreia) é muitas vezes caracterizada por preocupações sobre a avaliação social, preenchendo os critérios para a perturbação de ansiedade social que estão associados ao medo que o indivíduo tem de fazer os *outros* sentirem-se desconfortáveis (por exemplo, «O meu olhar irrita as pessoas, por isso olham para longe e evitam-me»), um medo que é por vezes sentido com intensidade delirante. Este sintoma pode também ser encontrado em contextos não asiáticos. Outras apresentações de *taijin kyofusho* podem preencher os critérios para perturbação dismórfica corporal ou perturbação delirante.

O estatuto de imigrante está associado a taxas significativamente mais baixas de perturbação de ansiedade social nos grupos de brancos latinos e não latinos. As taxas de prevalência da perturbação de ansiedade social podem não estar em consonância com as dos níveis de ansiedade social autorrelatados dentro da mesma cultura – isto é, sociedades com fortes orientações coletivistas podem relatar elevados níveis de ansiedade social, mas baixas prevalências de perturbação de ansiedade social.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As mulheres com perturbação de ansiedade social relatam um maior número de medos sociais e perturbações depressiva, bipolar e da ansiedade comórbidas, enquanto os homens têm maior probabilidade de recear namorar, ter perturbação desafiante de oposição ou perturbação do comportamento e uso de álcool e drogas ilícitas para aliviar os sintomas da perturbação. A parurese é mais comum nos homens.

Consequências Funcionais da Perturbação de Ansiedade Social

A perturbação de ansiedade social está associada a taxas elevadas de abandono escolar e a diminuição do bem-estar, emprego, produtividade no local de trabalho, estatuto socioeconómico e qualidade de vida. A perturbação também está associada a ser-se solteiro, não casado ou divorciado e a não se ter filhos, particularmente entre os homens. Nos adultos mais velhos, poderá haver défices nos deveres de cuidado e atividades voluntárias. A perturbação de ansiedade social também impede atividades de lazer. Apesar do importante mal-estar e

défice social associados à perturbação de ansiedade social, apenas cerca de metade dos indivíduos com a perturbação nas sociedades ocidentais procuram tratamento e tendem a fazê-lo apenas após 15-20 anos de sintomas. Não estar empregado é um forte preditor para a persistência da perturbação de ansiedade social.

Diagnóstico Diferencial

Timidez normativa. A timidez (isto é, reserva social) é um traço comum da personalidade e não é, por si só, patológica. Nalgumas sociedades, a timidez é até avaliada como positiva. Contudo, quando há um impacte adverso no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes, o diagnóstico de perturbação de ansiedade social deverá ser considerado e, quando estiverem preenchidos todos os critérios para a perturbação, deve atribuir-se o diagnóstico. Nos EUA, apenas uma minoria (12%) de indivíduos tímidos autoidentificados têm sintomas que preenchem os critérios de diagnóstico para a perturbação de ansiedade social.

Agorafobia. Indivíduos com agorafobia podem ter medo e evitar situações sociais (por exemplo, ir ao cinema) porque a fuga pode ser difícil ou a ajuda pode não estar disponível no caso de ter sintomas incapacitantes ou do tipo pânico, enquanto indivíduos com perturbação de ansiedade social receiam mais o escrutínio dos outros. Além disso, os indivíduos com perturbação de ansiedade social têm maior probabilidade de ficarem calmos quando são deixados totalmente a sós, o que muitas vezes não acontece na agorafobia.

Perturbação de pânico. Indivíduos com perturbação de ansiedade social podem ter ataques de pânico, mas a preocupação é com o medo de uma avaliação negativa, enquanto na perturbação de pânico a preocupação é com os próprios ataques de pânico.

Perturbação de ansiedade generalizada. Preocupações sociais são comuns na perturbação de ansiedade generalizada, mas o foco está mais na natureza das relações do que no medo de uma avaliação negativa. Os indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada, particularmente as crianças, podem ter preocupações excessivas acerca da qualidade do seu desempenho social, mas essas preocupações também se relacionam com o desempenho não social e quando não estão a ser avaliados pelos outros. Na perturbação de ansiedade social, as preocupações centram-se no desempenho social e na avaliação pelos outros.

Perturbação de ansiedade de separação. Os indivíduos podem evitar situações sociais (incluindo a recusa escolar) devido a preocupações acerca da separação das figuras de vinculação ou, nas crianças, da necessidade da presença de um dos pais quando tal já não é apropriado ao seu nível de desenvolvimento. Indivíduos com perturbação de ansiedade de separação sentem-se habitualmente confortáveis nas situações sociais em que uma figura de vinculação está presente ou quando estão em casa, enquanto os com perturbação de ansiedade social podem sentir-se desconfortáveis mesmo quando as situações sociais ocorrem em casa ou na presença de uma figura de vinculação.

Fobias específicas. Indivíduos com fobias específicas podem temer ficar envergonhados ou humilhados (por exemplo, vergonha por desmaiar quando lhes é tirado sangue), mas em geral não temem uma avaliação negativa noutras situações sociais.

Mutismo seletivo. Indivíduos com mutismo seletivo podem não conseguir falar devido ao medo de uma avaliação negativa, mas não temem uma avaliação negativa em situações sociais onde não é necessário falar (por exemplo, em jogos não verbais).

Perturbação depressiva major. Indivíduos com perturbação depressiva major podem preocupar-se em ser avaliados negativamente pelos outros porque sentem que são maus ou que não merecem que gostem deles. Em contraste, indivíduos com perturbação de ansiedade social estão preocupados em serem avaliados negativamente devido a certos comportamentos sociais e sintomas físicos.

Perturbação dismórfica corporal. Indivíduos com perturbação dismórfica corporal estão preocupados com um ou mais defeitos ou imperfeições percebidos na sua aparência física que não são observáveis, ou são apenas ligeiramente visíveis, pelos outros; esta preocupação causa, muitas vezes, ansiedade social e evitamento. Se o medo social e o evitamento são causados apenas pelas suas crenças acerca da sua aparência, um diagnóstico separado de perturbação de ansiedade social não deve ser estabelecido.

Perturbação delirante. Indivíduos com perturbação delirante podem ter delírios não bizarros e/ou alucinações relacionadas com o tema delirante que se foca em serem rejeitados ou terem ofendido os outros. Embora a extensão do juízo crítico sobre as crenças relativas a situações sociais possa variar, muitos indivíduos com perturbação de ansiedade social têm bom juízo crítico acerca da desproporcionalidade das suas crenças relativamente ao risco real que a situação social coloca.

Perturbação do espectro do autismo. A ansiedade social e os défices da comunicação social são marcas da perturbação do espectro do autismo. Indivíduos com perturbação de ansiedade social tipicamente têm relações sociais adequadas à idade e capacidade de comunicação social, embora possam ter défices nessas áreas nas primeiras vezes que interagem com colegas ou adultos desconhecidos.

Perturbações da personalidade. Dado o seu frequente início na infância e a sua persistência ao longo da idade adulta, a perturbação de ansiedade social pode assemelhar-se a uma perturbação da personalidade. A sobreposição mais evidente é com a perturbação evitante da personalidade. Indivíduos com perturbação evitante da personalidade podem ter um padrão de evitamento mais amplo do que os que têm perturbação de ansiedade social. Ainda assim, a perturbação de ansiedade social é tipicamente mais comórbida com a perturbação evitante da personalidade do que com outras perturbações da personalidade, sendo a perturbação evitante da personalidade mais comummente comórbida com a perturbação de ansiedade social do que com as outras perturbações de ansiedade.

Outras perturbações mentais. Os medos sociais e desconfortos podem fazer parte da esquizofrenia, mas em regra há evidência da presença de outros sintomas psicóticos. Em indivíduos com perturbações alimentares, antes de estabelecer um diagnóstico de perturbação de ansiedade social, é importante determinar se o medo de ser avaliado negativamente acerca dos sintomas ou comportamentos (por exemplo, uso de laxantes e vomitar) da perturbação alimentar não são a única fonte de ansiedade social. De forma semelhante, a perturbação obsessivo-compulsiva pode estar associada a ansiedade social, mas o diagnóstico adicional da perturbação só é usado quando os medos sociais e evitamento são independentes dos núcleos das obsessões e compulsões.

Outras condições médicas. As condições médicas podem produzir sintomas suscetíveis de ser embaraçosos (por exemplo, os tremores da doença de Parkinson). Quando o medo de uma avaliação negativa secundária a outra condição médica é excessivo, o diagnóstico de perturbação de ansiedade social deve ser considerado.

Perturbação desafiante de oposição. A recusa em falar devido a oposição às figuras de autoridade deve ser distinguida da incapacidade de falar devido ao medo de uma avaliação negativa.

Comorbilidades

A perturbação de ansiedade generalizada apresenta, muitas vezes, outras perturbações de ansiedade, perturbação depressiva major e perturbações de uso de substâncias como comorbilidades e o início da perturbação de ansiedade social em geral precede o das outras perturbações, exceto no caso da fobia específica e da perturbação de ansiedade de separação. O isolamento social crónico no decurso da perturbação de ansiedade social pode resultar numa perturbação depressiva major. A comorbilidade com a depressão também é elevada nos adultos mais velhos. Podem ser usadas substâncias como automedicação para os medos sociais, mas os sintomas da intoxicação ou abstinência de substâncias, tais como os tremores, também podem ser uma fonte (adicional) de medos sociais. A perturbação de ansiedade social é muitas vezes uma comorbilidade da perturbação bipolar ou da perturbação dismórfica corporal; por exemplo, um indivíduo tem perturbação dismórfica corporal acerca de uma preocupação com uma ligeira irregularidade do nariz, bem como uma perturbação de ansiedade social devido a um medo importante de parecer pouco inteligente. A forma mais generalizada da perturbação de ansiedade social, mas não a perturbação de ansiedade social apenas de desempenho, é muitas vezes comórbida com a perturbação evitante da personalidade. Nas crianças, é comum a comorbilidade com o autismo de alto funcionamento e o mutismo seletivo.

Perturbação de Pânico

Critérios de Diagnóstico 300.01 (F41.0)

A. Ataques de pânico inesperados recorrentes. O ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e durante o qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas se desenvolvem:

Nota. O período abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado.
2. Suores.
3. Estremecimentos ou tremores.
4. Sensações de falta de ar ou de respirar.
5. Sensação de asfixia.
6. Desconforto ou dor no peito.
7. Náuseas ou mal-estar abdominal.
8. Sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça vazia ou de desmaio.
9. Sensações de frio ou de calor.
10. Parestesias (sensações de entorpecimento ou formigueiros).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio).
12. Medo de perder o controlo ou de «enlouquecer».
13. Medo de morrer.

Nota. Podem estar presentes sintomas culturais específicos (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça, grito ou choro descontrolados). Esses sintomas não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos.

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de um ou de ambos os seguintes:
   1. Preocupação persistente acerca de ter novos ataques de pânico ou das suas consequências (por exemplo, perder o controlo, ter um ataque cardíaco ou «enlouquecer»).
   2. Uma alteração significativa desadaptativa relacionada com os ataques (por exemplo, comportamentos dirigidos a evitar ataques de pânico, tais como evitamento da prática de exercício ou situações desconhecidas).

C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo, doenças cardiopulmonares).

D. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como na perturbação de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas específicas, como na fobia específica; em resposta a recordações de acontecimentos traumáticos, como na perturbação de stress pós-traumático; ou em resposta à separação das figuras de vinculação, como na perturbação de ansiedade de separação).

Características de Diagnóstico

A *perturbação de pânico* refere-se aos ataques de pânico inesperados recorrentes (Critério A). O ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e durante o qual 4 ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos ocorrem. O termo *recorrente* significa, literalmente, a ocorrência de mais do que um ataque de pânico inesperado. O termo *inesperado* refere-se ao ataque de pânico para o qual não há uma pista ou desencadeante óbvio na altura em que ocorre — isto é, o ataque parece «surgir do nada», por exemplo, quando o indivíduo está a relaxar ou a acordar (ataque de pânico noturno). Em contraste, ataques de pânico *esperados* são ataques para os quais existe uma pista ou desencadeante óbvio, como nas situações em que os ataques de pânico habitualmente ocorrem. A determinação sobre se os ataques de pânico são esperados ou inesperados é realizada pelo clínico, baseando-se na combinação de um inquérito cuidadoso acerca da sequência dos eventos que precedem ou conduzem ao ataque, com o julgamento do próprio indivíduo sobre se o ataque ocorreu com ou sem razão aparente. As interpretações culturais podem influenciar a atribuição da característica *esperado* ou *inesperado* ao ataque de pânico (ver secção «Aspetos Diagnósticos Relacionados com a Cultura» para esta perturbação). Nos EUA e na Europa, cerca de metade dos indivíduos com perturbação de pânico tem ataques de pânico esperados, bem como inesperados. Como tal, a presença de ataques de pânico esperados não afasta o diagnóstico de perturbação de pânico. Para mais pormenores relacionados com ataques de pânico esperados *versus* inesperados, consulte o texto sobre os ataques de pânico (pp. 253-254).

A frequência e a gravidade dos ataques de pânico são muito variáveis. Em termos de frequência, há ataques moderadamente frequentes (por exemplo, 1 vez por semana) que ocorrem com regularidade por períodos de meses, ou surtos curtos de ataques mais frequentes (por exemplo, diariamente) separados por semanas ou meses sem ataques, ou com ataques menos frequentes (por exemplo, 2 por mês) durante muitos anos. Indivíduos que tenham

ataques de pânico infrequentes assemelham-se a indivíduos com ataques de pânico frequentes em termos de sintomas, características demográficas, comorbilidade com outras perturbações, história familiar e dados biológicos. Em termos de gravidade, os indivíduos com perturbação de pânico podem ter ataques com sintomas completos (4 ou mais sintomas) ou limitados (menos de 4 sintomas), e o número e tipo de sintomas dos ataques são frequentemente diferentes entre os ataques. Contudo, para o diagnóstico de perturbação de pânico é necessário que ocorra mais do que 1 ataque de pânico inesperado completo.

As preocupações acerca dos ataques de pânico ou das suas consequências relacionam-se habitualmente com aspetos físicos, tais como preocupação de que os ataques indiquem a presença de uma doença ameaçadora da vida (por exemplo, doença cardíaca, perturbação convulsiva); sociais, como embaraço ou medo de ser julgado negativamente pelos outros devido a sintomas de pânico observáveis; ou sobre o funcionamento mental, como «enlouquecer» ou perder o controlo (Critério B). As mudanças desadaptativas no comportamento representam tentativas de minimizar ou evitar ataques de pânico ou as suas consequências. Por exemplo, evitar fazer esforço físico, reorganizar a vida diária para assegurar que haverá ajuda disponível no caso de ter um ataque de pânico, restringir as atividades diárias habituais e evitar situações de tipo agorafobia, tais como sair de casa, usar transportes públicos ou ir às compras. O diagnóstico de agorafobia deve ser dado caso exista agorafobia.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Um tipo de ataque de pânico inesperado é o ataque de pânico *noturno* (isto é, acordar num estado de pânico, o que difere de entrar em pânico depois de completamente acordado). Nos EUA, estima-se que este tipo de ataque de pânico ocorra, pelo menos uma vez, em aproximadamente um quarto a um terço dos indivíduos com perturbação de pânico, dos quais a maioria também tem ataques de pânico durante o dia. Para além das preocupações acerca dos ataques de pânico e das suas consequências, muitos dos indivíduos com perturbação de pânico descrevem sensações constantes ou intermitentes de ansiedade que estão amplamente relacionadas com a saúde e a saúde mental. Por exemplo, indivíduos com perturbação de pânico preveem frequentemente um resultado catastrófico a partir de um sintoma físico ligeiro ou de um efeito secundário da medicação (por exemplo, pensar que podem ter uma doença cardíaca ou que uma dor de cabeça é indicadora de um tumor cerebral). Tais indivíduos são igualmente muito menos tolerantes aos efeitos secundários da medicação. Além disso, podem existir preocupações invasivas sobre as capacidades para terminar tarefas diárias ou resistir a fatores de stress diários, uso excessivo de drogas (por exemplo, álcool, medicamentos prescritos ou drogas ilícitas) para controlar os ataques de pânico, ou comportamentos extremos no sentido de controlar os ataques de pânico (por exemplo, importantes restrições na ingestão alimentar ou de medicações devido a preocupações acerca dos sintomas físicos que os ataques de pânico provocam).

Prevalência

Na população geral, a prevalência estimada a 12 meses para a perturbação de pânico nos EUA e em vários países europeus é cerca de 2%-3% em adultos e adolescentes. Nos EUA são relatadas taxas significativamente mais baixas entre latinos, afro-americanos, negros caribenhos e asiático-americanos comparativamente com brancos não latinos; em contraste, os américo-indianos têm taxas significativamente superiores. As estimativas relatadas são mais baixas em países asiáticos, africanos e da América Latina, variando de 0,1% a 0,8%.

O sexo feminino é mais vezes afetado do que o masculino numa razão de cerca de 2:1. A distinção de género acontece na adolescência e é observável antes dos 14 anos. Embora os ataques de pânico ocorram em crianças, a prevalência total dos ataques de pânico antes dos 14 anos é baixa (0,4%). As taxas de perturbação de pânico revelam um aumento gradual durante a adolescência, em particular no sexo feminino, provavelmente a seguir ao início da puberdade, e têm o seu pico na idade adulta. As taxas de prevalência diminuem nos indivíduos mais velhos (isto é, 0,7% nos adultos com idade superior a 64 anos), podendo refletir a diminuição da gravidade para níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso

Nos EUA, a idade média de início da perturbação de pânico é 20-24 anos. Um pequeno número de casos tem o seu início na infância e o início depois dos 45 anos é pouco habitual, embora possa ocorrer. O curso natural, caso a perturbação não seja tratada, é crónico mas com períodos recorrentes de agravamento e melhoria. Alguns indivíduos podem ter episódios com anos de remissão entre eles e outros podem ter sintomatologia crónica grave. Apenas uma minoria tem remissão completa sem recidivas subsequentes durante alguns anos. O curso da perturbação de pânico é tipicamente complicado por uma série de outras perturbações, em particular outras perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e perturbações de uso de substâncias (ver secção «Comorbilidades» para esta perturbação).

Embora os ataques de pânico sejam muito raros na infância, muitas vezes a primeira ocorrência de «momentos assustadores» reporta-se retrospectivamente à infância. Tal como nos adultos, a perturbação de pânico nos adolescentes tende a ter um curso crónico e é muitas vezes comórbida com outras perturbações depressiva, de ansiedade ou bipolar. Até à data, não são conhecidas diferenças na apresentação clínica entre adolescentes e adultos. Prevalências mais baixas de perturbação de pânico nos adultos mais velhos parecem ser atribuíveis ao «aplanamento» da resposta do sistema nervoso autonómico que ocorre com o aumento da idade. Muitos indivíduos mais velhos com «sensações de pânico» apresentam um «híbrido» de ataques de pânico com sintomas limitados e ansiedade generalizada. Ao mesmo tempo, os adultos mais velhos tendem a relacionar os seus ataques de pânico com acontecimentos stressantes, tais como procedimentos médicos ou contextos sociais. Indivíduos mais velhos podem retrospectivamente encontrar explicações para os seus ataques de pânico (o que pode excluir o diagnóstico de perturbação de pânico), mesmo que o ataque de pânico tenha, de facto, sido inesperado nessa altura (o que seria a base para o diagnóstico da perturbação de pânico). Isto pode resultar numa subestimação dos ataques de pânico nos indivíduos mais velhos. Assim, nos idosos é necessário uma colheita de história cuidada para avaliar se os ataques de pânico eram esperados antes do início da situação, de modo a não subestimar os ataques de pânico inesperados e o diagnóstico de perturbação de pânico.

Nas crianças, as baixas taxas de perturbação de pânico poderiam explicar-se pelas dificuldades em relatar os sintomas. Todavia, isso é pouco provável dado que as crianças são capazes de relatar medo e pânico intensos em relação à separação e a objetos ou situações fóbicas. Os adolescentes poderão estar menos disponíveis do que os adultos para discutir abertamente ataques de pânico. Em consequência, os clínicos devem estar alertados para o facto de os ataques de pânico inesperados acontecerem tanto nos adolescentes quanto nos adultos e devem estar atentos a essa possibilidade perante adolescentes que apresentem episódios de medo e mal-estar intensos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) (isto é, predisposição para vivenciar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (isto é, a tendência para acreditar que os sintomas da ansiedade são perigosos) são fatores de risco para o início de ataques de pânico e, separadamente, para preocupação sobre o pânico, embora a sua importância para o diagnóstico de perturbação de pânico seja desconhecida. História de «momentos assustadores» (isto é, ataques com sintomas limitados que não preenchem os critérios completos para ataque de pânico) podem constituir um risco para ataques de pânico e perturbação de pânico. Apesar de a ansiedade de separação na infância poder preceder, sobretudo quando grave, o desenvolvimento da perturbação de pânico, não é um fator de risco consistente.

Ambientais. Relatos de crianças vítimas de abuso sexual e físico são mais comuns na perturbação de pânico do que noutras perturbações de ansiedade. O tabagismo é um fator de risco para ataques de pânico e perturbação de pânico. A maioria dos indivíduos identifica fatores de stress nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico (por exemplo, fatores de stress interpessoais e fatores de stress relacionados com o bem-estar físico, tais como experiências negativas com drogas ilícitas ou prescritas, doença ou morte na família).

Genéticos e fisiológicos. Pensa-se que múltiplos genes conferem vulnerabilidade para a perturbação de pânico. Contudo, persistem desconhecidos os genes específicos, produtos genéticos ou funções relacionadas com as regiões genéticas implicadas no desenvolvimento da perturbação. Os atuais modelos de sistemas neuronais para a perturbação de pânico enfatizam o papel da amígdala e das estruturas relacionadas, tanto quanto nas outras perturbações de ansiedade. Os indivíduos que descendem de pais com perturbações de ansiedade, depressiva e bipolar têm um risco aumentado para perturbação de pânico. Alterações respiratórias, como a asma, estão associadas com a perturbação de pânico, no que respeita à história passada, comorbilidade e história familiar.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A taxa de medos acerca dos sintomas mentais e físicos da ansiedade parece variar de cultura para cultura e influenciar a taxa de ataques de pânico e perturbação de pânico. Expectativas culturais podem, igualmente, influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Por exemplo, um vietnamita que tenha um ataque de pânico após caminhar num local ventoso (*trúng gió*; «atingido pelo vento») pode, em resultado de uma síndrome cultural que relaciona estas duas experiências, atribuí-lo à exposição ao vento, o que resulta na classificação do ataque de pânico como esperado. Diversas outras síndromes culturais são associadas à perturbação de pânico, incluindo *ataque de nervios* («ataque de nervos») entre os latino-americanos e os ataques *khyâl* e «perda da alma» entre os cambojanos. Os *ataques de nervios* podem envolver tremores, gritos ou choro incontroláveis, comportamento agressivo ou suicidário, e despersonalização ou desrealização, podendo ter uma duração maior do que os pouco minutos típicos dos ataques de pânico. Algumas apresentações clínicas dos *ataques de nervios* preenchem os critérios para outras condições que não os ataques de pânico (por exemplo, perturbação dissociativa com outra especificação). Estas síndromes afetam os sintomas e a frequência da perturbação de pânico, incluindo as atribuições de inexpectabilidade pelo indivíduo, na medida em que síndromes culturais podem criar medo de certas situações, variando desde argumentos interpessoais (associados com *ataque*

de nervios) a tipos de esforços (associados com ataques *khyâl*) e vento atmosférico (associado com ataques *trúng gió*). A clarificação dos detalhes das atribuições culturais pode ajudar a distinguir ataques de pânico esperados e inesperados. Para mais informação relacionada com síndromes culturais consulte «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Apêndice).

As preocupações específicas acerca dos ataques de pânico ou das suas consequências são suscetíveis de variar de cultura para cultura (e entre os diferentes grupos etários e os géneros). Para a perturbação de pânico, amostras comunitárias de brancos não latinos nos EUA têm significativamente menor incapacidade do que os afro-americanos. Há, igualmente, taxas mais elevadas de gravidade definida objetivamente nos negros caribenhos não latinos com perturbação de pânico e taxas mais baixas de perturbação de pânico em geral em ambos os grupos afro-americano e afro-caribenho, o que sugere que nos afro-descendentes os critérios para perturbação de pânico podem ser preenchidos apenas quando há uma gravidade e incapacidade substanciais.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As características clínicas para perturbação de pânico não parecem diferenciar-se entre sexos. Há alguma evidência de dimorfismo sexual, com uma associação entre perturbação de pânico e o gene catecol-O-metiltransferase (COMT), apenas no sexo feminino.

Marcadores de Diagnóstico

Agentes com diferentes mecanismos de ação, tais como o lactato de sódio, cafeína, isoproterenol, ioimbina, dióxido de carbono e colecistocinina, provocam muito mais ataques de pânico nos indivíduos com perturbação de pânico do que nos controlos saudáveis (e, nalguns casos, mais do que noutros indivíduos com outras perturbações de ansiedade, depressiva ou bipolar sem ataques de pânico). Para um grupo de indivíduos com perturbação de pânico, os ataques de pânico relacionam-se com a hipersensibilidade dos recetores de dióxido de carbono medulares, o que resulta em hipocapnia e outras alterações respiratórias. Contudo, nenhum destes dados laboratoriais é considerado diagnóstico de perturbação de pânico.

Risco de Suicídio

Os ataques de pânico e um diagnóstico de perturbação de pânico nos últimos 12 meses estão relacionados com uma maior taxa de tentativas de suicídio ou ideação suicida nos últimos 12 meses, mesmo quando são tidas em conta a comorbilidade e uma história de abuso na infância e outros fatores de risco de suicídio.

Consequências Funcionais da Perturbação de Pânico

A perturbação de pânico está associada a níveis elevados de incapacidade social, ocupacional e física, custos económicos elevados e ao maior número de consultas médicas entre as perturbações de ansiedade, sendo estes efeitos ainda mais evidentes na presença de agorafobia. Indivíduos com perturbação de pânico podem com frequência faltar ao trabalho ou à escola para consultas médicas ou idas ao serviço de urgência, o que pode levar a desemprego e a abandono escolar. Em adultos mais velhos, a incapacidade pode ser observada nos deveres de cuidados e atividades voluntárias. Ataques de pânico com sintomas completos estão em regra associados a maior morbilidade (por exemplo, maior recurso a cuidados de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques de pânico com sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de ansiedade com outra especificação ou perturbação de ansiedade não especificada. A perturbação de pânico não deve ser diagnosticada se nunca foram experienciados ataques de pânico (inesperados) com sintomas completos. No caso de se terem experienciado apenas ataques de pânico inesperados com sintomas limitados devem ser considerados os diagnósticos de perturbação de ansiedade com outra especificação ou perturbação de ansiedade não especificada.

Perturbação de ansiedade devida a outra condição médica. A perturbação de pânico não é diagnosticada se se considerar que os ataques de pânico são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica. Exemplos de condições médicas que podem causar ataques de pânico incluem hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, perturbações convulsivas e alterações cardiopulmonares (por exemplo, arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC]). Testes laboratoriais apropriados (por exemplo, níveis de cálcio séricos no hiperparatiroidismo; monitorização com Holter para arritmias) ou exames físicos (por exemplo, para alterações cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

Perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento. A perturbação de pânico não é diagnosticada se se considerar que os ataques de pânico são uma consequência fisiológica direta de uma substância. A intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (por exemplo, cocaína, anfetaminas, cafeína) ou *Cannabis* e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Contudo, se os ataques de pânico continuarem a ocorrer fora do contexto de uso de substância (por exemplo, muito depois de os efeitos da intoxicação ou da abstinência terem terminado), o diagnóstico de perturbação de pânico deve ser considerado. Além disso, dado que a perturbação de pânico pode preceder o uso de substâncias em certos indivíduos e estar associada ao aumento do uso de substâncias, sobretudo com finalidades de automedicação, deve colher-se uma história pormenorizada para determinar se o indivíduo tinha ataques de pânico antes do uso excessivo de substâncias. Se for este o caso, o diagnóstico de perturbação de pânico deve ser considerado para além do diagnóstico de perturbação de uso de substância. Características tais como o início depois dos 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante o ataque de pânico (por exemplo, vertigens, perda de consciência, perda do controlo dos esfíncteres, cefaleias, discurso empastado, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possam estar a causar os sintomas dos ataques de pânico.

Outras perturbações mentais com ataques de pânico como característica associada (por exemplo, outras perturbações de ansiedade e perturbações psicóticas). Ataques de pânico que ocorram como sintoma de outras perturbações de ansiedade são expectáveis (por exemplo, desencadeados por situações sociais na perturbação de ansiedade social; por objetos ou situações fóbicos, na fobia específica ou agorafobia; por preocupações, na perturbação de ansiedade generalizada; pela separação de casa ou das figuras de vinculação, na perturbação de ansiedade de separação) e, portanto, não satisfazem os critérios para perturbação de pânico. (**Nota**. Por vezes, o ataque de pânico inesperado está associado ao início de outra perturbação de ansiedade, tornando-se os ataques esperados, enquanto a perturbação de pânico é caracterizada por ataques de pânico inesperados recorrentes). Se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta a desencadeantes específicos, só se atribui o diagnóstico

da perturbação de ansiedade relevante. Contudo, se o indivíduo experiencia também ataques de pânico inesperados e revela preocupações persistentes ou alteração do comportamento devido aos ataques, deverá considerar-se o diagnóstico adicional de perturbação de pânico.

Comorbilidades

Os ataques de pânico raramente ocorrem em contextos clínicos na ausência de outra psicopatologia. A prevalência da perturbação de pânico é elevada em indivíduos com outras perturbações, particularmente outras perturbações de ansiedade (e sobretudo agorafobia), depressão major, perturbação bipolar e, possivelmente, perturbação de uso de álcool, ligeira. Enquanto a perturbação de pânico tem, muitas vezes, uma idade de início mais precoce do que as perturbações comórbidas, o aparecimento ocorre, por vezes, depois da perturbação comórbida e pode ser um marcador de gravidade da doença comórbida.

Existe uma grande variabilidade entre as taxas relatadas de comorbilidade ao longo da vida das perturbações depressiva major e de pânico, variando entre 10% e 65% em indivíduos com perturbação de pânico. Em aproximadamente um terço dos indivíduos com ambas as perturbações, a depressão precede o início da perturbação de pânico. Nos restantes dois terços, a depressão coincide com, ou surge após, o início da perturbação de pânico. Um subconjunto de indivíduos com perturbação de pânico desenvolve uma perturbação relacionada com substâncias, o que para alguns representa uma tentativa de tratar a sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbilidade também é comum com outras perturbações de ansiedade e perturbação de ansiedade de doença.

A perturbação de pânico é significativamente comórbida com numerosos sintomas e condições médicas gerais, incluindo, mas não se limitando a, tonturas, arritmias cardíacas, hipertiroidismo, asma, DPOC e síndrome do intestino irritável. Contudo, a natureza da associação (por exemplo, causa e efeito) entre perturbação de pânico e estas condições continua por esclarecer. Embora o prolapso da válvula mitral e a doença tiroideia sejam mais comuns entre os indivíduos com perturbação de pânico do que na população geral, as diferenças na prevalência não são consistentes.

Especificador do Ataque de Pânico

Nota. Os sintomas são apresentados com o propósito de identificar um ataque de pânico; no entanto, um ataque de pânico não é uma perturbação mental e não pode ser codificado. Os ataques de pânico ocorrem no contexto de qualquer perturbação de ansiedade, bem como de outras perturbações mentais (por exemplo, perturbações depressiva, de stress pós-traumático, de uso de substâncias) e algumas condições médicas (por exemplo, cardíaca, respiratória, vestibular, gastrintestinal). Quando se identifica a presença de um ataque de pânico, este deve ser anotado como um especificador (por exemplo, perturbação de stress pós-traumático com ataques de pânico). Na perturbação de pânico, a presença de ataques de pânico está contida nos critérios de diagnóstico, pelo que os ataques de pânico não são aqui usados como especificadores.

Um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e durante o qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas ocorrem:

Nota. O período abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou ansioso.

1. Palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado.
2. Suores.
3. Estremecimentos ou tremores.
4. Sensações de falta de ar ou de respirar.
5. Sensação de asfixia.
6. Desconforto ou dor no peito.
7. Náuseas ou mal-estar abdominal.
8. Sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça oca ou de desmaio.
9. Sensações de frio ou de calor.
10. Parestesias (sensações de entorpecimento ou formigueiros).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio).
12. Medo de perder o controlo ou de «enlouquecer».
13. Medo de morrer.

Nota. Podem estar presentes sintomas culturais específicos (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça, gritos ou choro descontrolados). Esses sintomas não devem ser contabilizados como um dos 4 sintomas requeridos.

Características

A característica essencial do ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e durante o qual se desenvolvem 4 ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos. Desses 13 sintomas 11 são físicos (por exemplo, palpitações, suores), enquanto 2 são cognitivos (por exemplo, medo de perder o controlo ou de «enlouquecer», medo de morrer). «Medo de enlouquecer» é um coloquialismo muitas vezes utilizado pelos indivíduos com ataques de pânico e não é utilizado como um termo pejorativo ou de diagnóstico. O termo *em minutos* significa que o tempo para atingir o pico de intensidade é literalmente de apenas poucos minutos. Um ataque de pânico pode surgir a partir quer de um estado calmo quer de um estado ansioso, e o tempo para atingir o pico pode ser aferido independentemente de qualquer ansiedade precedente. Isto é, o início de um ataque de pânico é o ponto a partir do qual há um aumento abrupto do desconforto e não o ponto a partir do qual se desenvolveu a ansiedade. Da mesma maneira, um ataque de pânico pode regressar a um estado ansioso ou calmo, sendo possível atingir-se um novo pico. Um ataque de pânico distingue-se da ansiedade em curso pelo tempo que leva a atingir o pico de intensidade, o qual ocorre em minutos; pela sua natureza autónoma; e pela sua habitual maior gravidade. Ataques que preencham todos os outros critérios mas que tenham menos do que 4 sintomas físicos e/ou cognitivos são referidos como *ataques com sintomas limitados.*

Há dois tipos característicos de ataques de pânico: esperados e inesperados. *Ataques de pânico esperados* são ataques para os quais existe uma pista ou desencadeante óbvios, como situações em que os ataques de pânico tipicamente ocorreram. *Ataques de pânico inesperados* são aqueles para os quais não há uma pista ou desencadeante óbvios na altura em que ocorrem (por exemplo, quando se está a relaxar ou a acordar [ataque de pânico noturno]). A determinação sobre se os ataques de pânico são esperados ou inesperados é realizada pelo clínico, baseando-se na combinação de um inquérito cuidado acerca da sequência dos acontecimentos que precederam ou conduziram ao ataque com o julgamento do próprio indivíduo sobre se o

ataque pareceu ocorrer com ou sem razão aparente. As interpretações culturais podem influenciar a atribuição da característica *esperado* ou *inesperado* ao ataque de pânico. Podem estar presentes sintomas culturais específicos (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça, grito ou choro descontrolados). Contudo, esses sintomas não devem ser contabilizados como um dos 4 sintomas requeridos. Os ataques de pânico podem ocorrer no contexto de qualquer perturbação mental (por exemplo, perturbações de ansiedade, depressivas, bipolares, alimentares, obsessivo-compulsiva ou relacionadas, da personalidade, psicótica, de uso de substâncias) e de algumas condições médicas (por exemplo, cardíaca, respiratória, vestibular, gastrintestinal), com a maioria a nunca preencher critérios para perturbação de pânico. Para o diagnóstico de perturbação de pânico são requeridos ataques de pânico inesperados recorrentes.

Características Associadas

Um tipo de ataque de pânico inesperado é o *ataque de pânico noturno* (isto é, acordar num estado de pânico), o que difere de entrar em pânico depois de completamente acordado. Os ataques de pânico relacionam-se com taxas mais elevadas de tentativas de suicídio e de ideação suicida mesmo quando são tidos em conta comorbilidades e outros fatores de risco de suicídio.

Prevalência

Na população geral, a prevalência estimada a 12 meses para ataques de pânico nos EUA é 11,2% nos adultos. A prevalência estimada a 12 meses não parece diferir significativamente entre afro-americanos, asio-americanos e latinos. As taxas estimadas de prevalência a 12 meses mais baixas estimadas para os países europeus, variam entre 2,7% e 3,3%. O sexo feminino é mais frequentemente afetado do que o masculino, embora esta diferença de género seja mais pronunciada na perturbação de pânico. Os ataques de pânico podem ocorrer em crianças mas são relativamente raros até à puberdade, idade em que as taxas de prevalência aumentam. As taxas de prevalência diminuem nos indivíduos mais velhos, podendo refletir uma diminuição da gravidade para níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso

Nos EUA, a idade média de aparecimento dos ataques de pânico é 22-23 anos nos adultos. Contudo, o curso dos ataques de pânico é provavelmente influenciado pelo curso de outras perturbações mentais e acontecimentos de vida stressantes coocorrentes. Nas crianças pré-adolescentes, os ataques de pânico são incomuns e os ataques de pânico inesperados são raros. Os adolescentes podem estar menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico, mesmo quando estão presentes episódios de medo ou desconforto intensos. Prevalências mais baixas de ataques de pânico nos adultos mais velhos podem estar relacionadas com uma resposta autonómica mais fraca a estados emocionais comparativamente com os indivíduos mais jovens. Para descrever ataques de pânico, indivíduos mais velhos poderão estar menos inclinados a utilizar a palavra «medo» e mais a palavra «desconforto». Indivíduos mais velhos com «sensações de pânico» podem apresentar um híbrido de ataques de pânico com sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, tendem a atribuir os seus ataques de pânico a determinadas situações que são stressantes (por exemplo, procedimentos médicos, contextos sociais) e podem retrospectivamente encontrar explicações para os ataques de pânico mesmo que nesse momento tenha sido inesperado. Isto pode resultar numa subestimação dos ataques de pânico nos indivíduos mais velhos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) (isto é, predisposição para vivenciar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (isto é, tendência a acreditar que os sintomas da ansiedade são perigosos) são fatores de risco para o início de ataques de pânico. Uma história de «momentos assustadores» (isto é, ataques com sintomas limitados que não preenchem os critérios completos para ataque de pânico) pode constituir um risco para ataques de pânico posteriores.

Ambientais. O tabagismo é um fator de risco para ataques de pânico. Muitos indivíduos identificam fatores de stress nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico (por exemplo, fatores de stress interpessoais e relacionados com o bem-estar físico, tais como experiências negativas com drogas ilícitas ou prescritas, doença ou morte na família).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As interpretações culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Podem estar presentes sintomas culturais específicos (por exemplo, zumbido [tinito], dor no pescoço, dor de cabeça e gritos ou choro descontrolados). Contudo, tais sintomas não devem ser contabilizados como um dos 4 sintomas requeridos. A frequência de cada um dos 13 sintomas varia de cultura para cultura (por exemplo, taxas mais elevadas de parestesias nos afro-americanos e de tonturas em vários grupos asiáticos). As síndromes culturais também influenciam a apresentação intercultural dos ataques de pânico, resultando em diferentes perfis de sintomas entre os diferentes grupos culturais. Por exemplo, os ataques *khyâl* (vento), uma síndrome cultural cambojana que envolve tonturas, zumbidos e dor no pescoço; e ataques *trúng gió* (relacionados com o vento), uma síndrome cultural vietnamita associada a dores de cabeça. Os *ataques de nervios* (ataque de nervos) são uma síndrome cultural que existe entre os latino-americanos e que pode envolver tremores, gritos ou choro incontroláveis, comportamento agressivo ou suicidário, e despersonalização ou desrealização, e ser experienciada por não mais do que alguns minutos. Algumas apresentações clínicas dos *ataques de nervios* preenchem os critérios para outras condições que não os ataques de pânico (por exemplo, perturbação dissociativa com outra especificação). As expectativas culturais podem, também, influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados, na medida em que as síndromes culturais podem criar medo de certas situações, variando desde discussões interpessoais (associadas a *ataque de nervios*) a tipos de esforços (associados com ataques *khyâl*) e vento atmosférico (associado com ataques *trúng gió*). A clarificação dos detalhes das atribuições culturais pode ajudar a distinguir ataques de pânico esperados e inesperados. Para mais informação relacionada com síndromes culturais consulte «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Apêndice).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Os ataques de pânico são mais comuns no sexo feminino do que no masculino, mas as características clínicas ou sintomas dos ataques de pânico não diferem entre os dois sexos.

Marcadores de Diagnóstico

Registos fisiológicos de ataques de pânico que ocorreram naturalmente em indivíduos com perturbação de pânico indicaram períodos abruptos de excitabilidade, em regra aumento da frequência cardíaca, que atingem o pico em minutos e baixam em minutos, e que

para alguns desses indivíduos o ataque de pânico podia ser precedido por instabilidade cardiorrespiratória.

Consequências Funcionais dos Ataques de Pânico

No contexto de perturbações mentais concomitantes, incluindo as perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações de uso de substâncias, perturbações psicóticas e perturbações da personalidade, os ataques de pânico relacionam-se com um aumento da gravidade dos sintomas, taxas mais elevadas de comorbilidade e de suicídio e pior resposta ao tratamento. Os ataques de pânico com sintomas completos estão também associados a maior morbilidade (por exemplo, maior utilização dos cuidados de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques de pânico com sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial

Outros episódios paroxísticos (por exemplo, «ataques de raiva»). Os ataques de pânico não devem ser diagnosticados se os episódios não envolverem a característica essencial de serem períodos abruptos de medo e desconforto intensos, mas sim outros estados emocionais (por exemplo, raiva, sofrimento).

Perturbação de ansiedade devida a outra condição médica. Condições médicas que podem causar, ou podem ser erradamente diagnosticadas como, ataques de pânico incluem hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, perturbações convulsivas, alterações cardiorrespiratórias (por exemplo, arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC]). Testes laboratoriais apropriados (por exemplo, níveis de cálcio séricos no hiperparatiroidismo; monitorização de Holter para arritmias) ou exames físicos (por exemplo, para alterações cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

Perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento. A intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (por exemplo, cocaína, anfetaminas, cafeína) ou a *Cannabis* e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Deve colher-se uma história detalhada para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo de substâncias. Características tais como o início depois dos 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante o ataque de pânico (por exemplo, vertigens, perda de consciência, perda do controlo dos esfíncteres, discurso empastado ou amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possam estar a causar os sintomas dos ataques de pânico.

Perturbação de pânico. Ataques de pânico inesperados recorrentes são necessários, embora não suficientes, para o diagnóstico de perturbação de pânico (isto é, devem ser preenchidos os critérios de diagnóstico completos para perturbação de pânico).

Comorbilidades

Os ataques de pânico estão associados a uma probabilidade aumentada de diversas perturbações mentais, incluindo perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações do controlo dos impulsos ou perturbações de uso de substâncias.

Estão igualmente associados a uma maior probabilidade de desenvolvimento tardio de perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, perturbações bipolares e, possivelmente, de outras perturbações.

Agorafobia

Critérios de Diagnóstico 300.22 (F40.0)

A. Medo ou ansiedade marcados acerca de 2 (ou mais) das 5 situações seguintes:
   1. Utilização de transportes públicos (por exemplo, automóveis, autocarros, comboios, barcos, aviões).
   2. Estar em espaços abertos (por exemplo, parques de estacionamento, mercados ao ar livre, pontes).
   3. Estar em espaços fechados (por exemplo, lojas, teatros, cinemas).
   4. Estar em pé numa fila ou estar numa multidão.
   5. Estar fora de casa sozinho.

B. O indivíduo tem medo ou evita essas situações devido a pensamentos de que a fuga poderá ser difícil ou de que a ajuda poderá não estar disponível no caso de desenvolver sintomas de tipo ataque de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos (por exemplo, medo de cair nos idosos; medo da incontinência).

C. As situações agorafóbicas provocam quase sempre medo ou ansiedade.

D. As situações agorafóbicas são evitadas ativamente, requerem a presença de um companheiro ou são suportadas com medo ou ansiedade intensos.

E. O medo ou ansiedade são desproporcionais em relação ao perigo real que as situações agorafóbicas pressupõem e ao contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou evitamento são persistentes, com uma duração típica de 6 ou mais meses.

G. O medo, ansiedade ou evitamento causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

H. Se outra condição médica estiver presente (por exemplo, doença inflamatória do intestino, doença de Parkinson), o medo, ansiedade ou evitamento são claramente excessivos.

I. O medo, ansiedade e evitamento não são mais bem explicados pelos sintomas de outras condições mentais – por exemplo, os sintomas não estão confinados a uma fobia específica, tipo situacional; não envolvem apenas situações sociais (como na perturbação de ansiedade social); e não estão relacionadas exclusivamente com obsessões (como na perturbação obsessivo-compulsiva), falhas ou defeitos percecionados na aparência física (como na perturbação dismórfica corporal), recordações de acontecimentos traumáticos (como na perturbação de stress pós traumático) ou medo da separação (como na perturbação de ansiedade de separação).

Nota. A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de perturbação de pânico. Se a apresentação de um indivíduo preenche os critérios para perturbação de pânico e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser atribuídos.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da agorafobia é o medo ou ansiedade acentuados, ou intensos, desencadeados pela exposição real, ou pela antecipação, a um amplo conjunto de situações (Critério A). O diagnóstico requer a presença de sintomas em pelo menos 2 das seguintes

5 situações: 1) utilização de transportes públicos, tais como automóveis, autocarros, comboios, barcos ou aviões; 2) estar em espaços abertos, tais como parques de estacionamento, mercados ou pontes; 3) estar em espaços fechados, tais como lojas, teatros ou cinemas; 4) estar em pé numa fila ou numa multidão; ou 5) estar fora de casa sozinho. Os exemplos para cada situação não são exaustivos; podem recear-se outras situações. Quando se experiencia medo ou ansiedade desencadeados por tais situações, os indivíduos têm tipicamente pensamentos de que algo terrível pode acontecer (Critério B). Com frequência, os indivíduos acreditam que a fuga dessas situações será difícil (por exemplo, «não consigo sair daqui») ou que a ajuda estará indisponível (por exemplo, «não há ninguém para me ajudar») quando ocorrerem sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos. «Sintomas do tipo pânico» refere-se a qualquer um dos 13 sintomas incluídos nos critérios para ataque de pânico, tais como tonturas, desmaios ou medo de morrer. «Outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos» incluem sintomas como vómitos e sintomas inflamatórios do intestino, bem como, em adultos mais velhos, o medo de quedas ou, nas crianças, a sensação de desorientação ou de se perderem.

A quantidade de medo experienciado pode variar com a proximidade à situação receada e ocorrer em antecipação ou na presença de uma situação agorafóbica. O medo ou ansiedade podem, também, tomar a forma de ataque de pânico com sintomas completos ou limitados (isto é, um ataque de pânico esperado). Medo ou ansiedade são evocados quase sempre que um indivíduo contacta com a situação receada (Critério C). Assim, um indivíduo que na presença de uma situação agorafóbica (por exemplo, fica ansioso apenas quando fica de pé numa fila em apenas 1 de cada 5 ocasiões) fique ansioso apenas ocasionalmente não deverá ser diagnosticado com agorafobia. O indivíduo evita ativamente a situação ou, se não é capaz de evitá-la ou decide não o fazer, a situação desencadeia medo ou ansiedade intensos (Critério D). *Evitamento ativo* significa que o indivíduo se comporta intencionalmente no sentido de prevenir ou minimizar o contacto com situações agorafóbicas. O evitamento pode ser de natureza comportamental (por exemplo, alterar as rotinas diárias, escolher um emprego próximo de modo a evitar a utilização de transportes públicos, entrega de alimentos em casa para evitar entrar em lojas e supermercados) bem como cognitiva (por exemplo, usar distrações para evitar passar por situações agorafóbicas). O evitamento pode tornar-se de tal modo grave que o indivíduo fique completamente confinado à sua casa. Muitas vezes, o indivíduo consegue enfrentar uma situação temida se estiver acompanhado por alguém, como um parceiro, amigo ou profissional de saúde.

O medo, ansiedade ou evitamento têm de ser desproporcionados relativamente ao perigo real que as situações agorafóbicas pressupõem e ao contexto sociocultural (Critério E). Distinguir medos agorafóbicos clinicamente significativos de medos razoáveis (por exemplo, sair de casa durante uma tempestade grave) ou de situações que são consideradas perigosas (por exemplo, andar num parque de estacionamento, ou usar transportes públicos numa zona de criminalidade elevada) é importante por numerosas razões. Primeiro, o que constitui o evitamento pode ser difícil de interpretar entre culturas e contextos socioculturais (por exemplo, em certas partes do mundo, para as mulheres muçulmanas ortodoxas é socioculturalmente adequado não saírem de casa sozinhas, pelo que esse evitamento não é indicativo de agorafobia). Segundo, adultos mais velhos são mais propensos a atribuir excessivamente os seus medos aos constrangimentos da idade e menos a considerar os seus medos como desproporcionados em relação ao risco real. Terceiro, os indivíduos com agorafobia têm maior probabilidade de sobrestimar o perigo em relação aos sintomas do tipo pânico ou

outros sintomas corporais. A agorafobia deve ser diagnosticada apenas se o medo, ansiedade ou evitamento persistirem (Critério F) e se ela causar mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério G). A duração «típica de 6 ou mais meses» pretende excluir indivíduos com problemas curtos e transitórios. Contudo, os critérios de duração devem ser usados como um guia geral que permite um certo grau de flexibilidade.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Nas suas formas mais graves, a agorafobia pode conduzir os indivíduos a ficarem completamente confinados a casa, incapazes de sair das suas casas e dependentes dos outros para serviços ou assistência para providenciar até necessidades básicas. Desmoralização e sintomas depressivos, bem como abuso de álcool e medicação sedativa como estratégias inapropriadas de automedicação são comuns.

Prevalência

A cada ano, aproximadamente 1,7% dos adolescentes e adultos têm o diagnóstico de agorafobia. O sexo feminino tem duas vezes maior probabilidade do que o masculino de experienciar agorafobia. A agorafobia pode ocorrer na infância, mas a incidência atinge picos no final da adolescência e início da idade adulta. A prevalência a 12 meses em indivíduos com mais de 65 anos é 0,4%. As taxas de prevalência não parecem variar sistematicamente entre as culturas/grupos raciais.

Desenvolvimento e Curso

A percentagem de indivíduos com agorafobia que relatam ataques de pânico ou perturbação de pânico anteriores ao aparecimento de agorafobia varia desde 30% em amostras da comunidade a mais de 50% em amostras clínicas. A maioria dos indivíduos com perturbação de pânico exibe sinais de ansiedade e agorafobia antes do aparecimento da perturbação de pânico.

Em dois terços de todos os casos de agorafobia, o aparecimento inicial é anterior aos 35 anos. Há um risco substancial de incidência no final da adolescência e no início da idade adulta, com indicações para uma segunda fase de risco de incidência substancial depois dos 40 anos. O início na infância é raro. A idade média global de aparecimento da agorafobia é 17 anos, embora a idade de aparecimento sem ataques de pânico ou perturbação de pânico precedentes seja 25-29 anos.

O curso da agorafobia é tipicamente persistente e crónico. A remissão completa é rara (10%), a não ser que a agorafobia seja tratada. Com agorafobia mais grave, diminuem as taxas de remissão completa, enquanto as taxas de recidiva e cronicidade aumentam. Uma gama de outras perturbações, em particular outras perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, perturbações de uso de substâncias e perturbações da personalidade podem complicar o curso da agorafobia. O curso a longo prazo e o prognóstico da agorafobia estão associados a um risco substancialmente elevado de perturbação depressiva major secundária, perturbação depressiva persistente (distimia) e perturbações de uso de substâncias.

As características clínicas da agorafobia são relativamente consistentes ao longo da vida, embora o tipo de situações agorafóbicas que desencadeiam medo, ansiedade ou evitamento, bem como o tipo de cognições, possa variar. Por exemplo, nas crianças, estar fora de casa

sozinho é a situação temida mais frequente, enquanto em adultos mais velhos, as mais receadas são estar em lojas, permanecer numa fila e estar em espaços abertos. As cognições muitas vezes dizem respeito a ficar perdido (nas crianças), experienciar sintomas de tipo pânico (em adultos), de quedas (em idosos).

A baixa prevalência de agorafobia em crianças pode refletir dificuldades em relatar sintomas, pelo que a sua avaliação pode requerer solicitar informação de múltiplas fontes, incluindo pais e professores. Adolescentes, em particular do sexo masculino, podem estar menos disponíveis do que os adultos para discutir abertamente medos e evitamentos agorafóbicos; contudo, a agorafobia pode ocorrer antes da idade adulta e deve ser avaliada em crianças e adolescentes. Em adultos mais velhos, perturbações de sintomas somáticos comórbidas, bem como perturbações motoras (por exemplo, sensação de queda ou de ter complicações médicas), são com frequência mencionadas pelos indivíduos como a razão para o medo e evitamento. Nessas instâncias, deve ter-se cuidado na avaliação de se o medo ou evitamento são desproporcionados em relação ao perigo real envolvido.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. A inibição comportamental e a disposição neurótica (isto é, afetividade negativa [neuroticismo] e sensibilidade à ansiedade) estão fortemente relacionadas com agorafobia, mas são relevantes para a maioria das perturbações de ansiedade (perturbações fóbicas, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada). A sensibilidade à ansiedade (a disposição para acreditar que os sintomas são perigosos) é também característica dos indivíduos com agorafobia.

Ambientais. Acontecimentos negativos na infância (por exemplo, separação, morte de um progenitor) e outros acontecimentos stressantes, tais como ser atacado ou assaltado, estão associados ao início da agorafobia. Além disso, indivíduos com agorafobia descrevem o ambiente familiar e educacional como sendo caracterizado por afetos reduzidos e proteção excessiva.

Genéticos e fisiológicos. A hereditariedade na agorafobia é de 61%. Entre as diversas fobias, a agorafobia tem a mais forte e mais específica associação com o fator genético que representa a propensão para fobias.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

O sexo feminino tem diferentes padrões de perturbações comórbidas comparativamente com o masculino. Consistentemente com as diferenças de género na prevalência das perturbações mentais, os homens têm taxas mais elevadas de perturbações de uso de substâncias comórbidas.

Consequências Funcionais da Agorafobia

A agorafobia está associada a uma considerável incapacidade e défices em termos de funcionamento, produtividade no trabalho e dias de incapacidade. A gravidade da agorafobia é um forte determinante do grau de incapacidade, independentemente da presença de perturbação de pânico comórbida, ataques de pânico e outras condições comórbidas. Mais de um terço dos indivíduos com agorafobia estão completamente confinados a casa e incapazes de trabalhar.

Diagnóstico Diferencial

Quando os critérios de diagnóstico para agorafobia e outras perturbações são completamente preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser atribuídos, a não ser que o medo, ansiedade e evitamento da agorafobia sejam atribuíveis a outra perturbação. Nalguns casos, pode ser útil ponderar os critérios e o julgamento clínico.

Fobia específica, tipo situacional. Distinguir a agorafobia da fobia específica situacional pode, nalguns casos, ser um desafio porque estas condições partilham muitos sintomas característicos e critérios. A fobia específica, tipo situacional, deve ser diagnosticada em vez de agorafobia se o medo, ansiedade e evitamento estão limitados a uma situação agorafóbica. O medo requerido em 2 ou mais das situações agorafóbicas é um meio robusto para distinguir agorafobia de fobias específicas, particularmente a de subtipo situacional. As características adicionais que permitem esta distinção incluem a ideação cognitiva. Assim, se a situação é temida por razões que não os sintomas de tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos (por exemplo, medo de ser diretamente lesado pela própria situação, como medo de um acidente de avião num indivíduo com medo de andar de avião), o diagnóstico de fobia específica será mais apropriado.

Perturbação de ansiedade de separação. A perturbação de ansiedade de separação pode ser mais bem diferenciada da agorafobia pela avaliação da ideação cognitiva. Na ansiedade de separação, os pensamentos são acerca do afastamentos das figuras de vinculação e do ambiente de casa (isto é, dos pais e das outras figuras de vinculação), enquanto na agorafobia o foco está nos sintomas de tipo pânico ou nos outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos das situações receadas.

Perturbação de ansiedade social (fobia social). A agorafobia deve ser distinguida da perturbação de ansiedade social com base primariamente nos tipos de situações que podem desencadear medo, ansiedade ou evitamento e a ideação cognitiva. Na perturbação de ansiedade social, o foco está no medo de ser avaliado negativamente.

Perturbação de pânico. Quando os critérios para perturbação de pânico estão preenchidos, a agorafobia não deve ser diagnosticada se os comportamentos evitantes associados com os ataques de pânico não se estendem ao evitamento de 2 ou mais situações agorafóbicas.

Perturbação de stress agudo e perturbação de stress pós-traumático. As perturbações de stress agudo e de stress pós-traumático (PTSD) podem distinguir-se da agorafobia pela avaliação de se o medo, ansiedade ou evitamento estão relacionados apenas com situações que relembrem ao indivíduo o acontecimento traumático. Se o medo, ansiedade e evitamento estão restringidos a recordações do trauma, e se o comportamento evitante não se estende a 2 ou mais situações agorafóbicas, o diagnóstico de agorafobia não deve ser atribuído.

Perturbação depressiva major. Na perturbação depressiva major, o indivíduo pode evitar sair de casa devido à apatia, perda de energia, baixa autoestima e anedonia. Se o evitamento não está relacionado com medos de sintomas de tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos, o diagnóstico de agorafobia não deve ser atribuído.

Outras condições médicas. A agorafobia não é diagnosticada se o evitamento de situações é considerado resultante de consequências fisiológicas de condições médicas. Essa determinação baseia-se na história, dados laboratoriais e exame físico. Outras condições médicas relevantes podem incluir perturbações neurodegenerativas com alterações motoras associadas (por exemplo, doença de Parkinson, esclerose múltipla), bem como perturbações

cardiovasculares. Indivíduos com certas condições médicas podem evitar situações devido a preocupações realistas acerca de estarem incapacitados (por exemplo, desmaios num indivíduo com acidentes isquémicos transitórios) ou ficarem envergonhados (por exemplo, diarreia num indivíduo com doença de Crohn). O diagnóstico de agorafobia deve ser dado apenas se o medo ou evitamento existem claramente em excesso relativamente àquele que essas condições médicas associadas em geral provocam.

Comorbilidades

A maioria dos indivíduos com agorafobia também tem outras perturbações mentais. O diagnóstico adicional mais frequente são outras perturbações de ansiedade (por exemplo, fobias específicas, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade social), perturbações depressivas (perturbação depressiva major), PTSD e perturbação de uso de álcool. Enquanto outras perturbações de ansiedade (por exemplo, perturbação de ansiedade de separação, fobias específicas, perturbação de pânico) muitas vezes precedem o aparecimento da agorafobia, perturbações depressivas e perturbações de uso de substâncias são perturbações tipicamente secundárias à agorafobia.

Perturbação de Ansiedade Generalizada

Critérios de Diagnóstico 300.02 (F41.1)

A. Ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) que ocorrem em mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, sobre vários acontecimentos ou atividades (tais como o desempenho laboral ou escolar).

B. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas seguintes (com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias durante 6 meses):
Nota. Nas crianças é requerido apenas 1 item.
   1. Agitação, nervosismo ou tensão interior.
   2. Fadiga fácil.
   3. Dificuldades de concentração ou mente vazia.
   4. Irritabilidade.
   5. Tensão muscular.
   6. Perturbações do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).

D. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

E. A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou outra condição médica (por exemplo, hipertiroidismo).

F. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, ansiedade ou preocupação pela possibilidade de ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, separação das figuras de vinculação na perturbação de ansiedade de separação, recordações de acontecimentos traumáticos na perturbação de stress

pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, defeitos na aparência percebida na perturbação dismórfica corporal, ter uma doença grave na perturbação de ansiedade de doença, ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou perturbação delirante).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de ansiedade generalizada é ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) sobre vários acontecimentos e atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação à probabilidade real ou impacte do acontecimento antecipado. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação e em evitar que esta interfira na atenção sobre as tarefas que realiza. Adultos com perturbação de ansiedade generalizada preocupam-se com circunstâncias da rotina diária, tais como responsabilidades de trabalho, saúde e finanças, saúde dos familiares, contratempos dos seus filhos ou assuntos menores (por exemplo, fazer as lides domésticas ou chegar atrasado a encontros marcados). Crianças com perturbação de ansiedade generalizada tendem a preocupar-se excessivamente com a sua capacidade ou a qualidade do seu desempenho. Durante o curso da doença, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

Diversas características distinguem a perturbação de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica. Primeiro, as preocupações associadas à perturbação de ansiedade generalizada são excessivas e interferem significativamente no funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações do dia-a-dia não são excessivas e são percebidas como manejáveis e colocadas de lado quando surgem assuntos mais prementes. Segundo, as preocupações associadas à perturbação de ansiedade generalizada são mais invasivas, pronunciadas e perturbadoras; têm maior duração; e ocorrem muitas vezes sem precipitantes. Quanto maior a variedade de circunstâncias de vida acerca das quais o indivíduo se preocupa (por exemplo, finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), maior a probabilidade de os sintomas preencherem os critérios para perturbação de ansiedade generalizada. Terceiro, é muito menor a probabilidade de as preocupações diárias serem acompanhadas por sintomas físicos (por exemplo, agitação ou nervosismo ou tensão interior). Indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada relatam mal-estar subjetivo devido à preocupação constante e aos défices no funcionamento social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento.

A ansiedade e preocupação são acompanhadas por pelo menos 3 dos seguintes sintomas adicionais: agitação ou nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades na concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, embora para as crianças apenas 1 sintoma adicional seja requerido.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Associada à tensão muscular pode haver tremores, espasmos, sensação de estar trémulo e dores musculares. Muitos indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada têm sintomas somáticos (por exemplo, sudorese, náuseas, diarreia) e uma resposta exagerada ao susto. Sintomas de hiperexcitabilidade autonómica (por exemplo, frequência cardíaca aumentada, dificuldades respiratórias, tonturas) são menos proeminentes na perturbação de ansiedade generalizada do que noutras perturbações de ansiedade, como a perturbação de pânico.

Outras condições que podem estar associadas ao stress (por exemplo, síndrome do intestino irritável, dores de cabeça) acompanham frequentemente a perturbação de ansiedade generalizada.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação de ansiedade generalizada é de 0,9% entre adolescentes e 2,9% entre adultos na comunidade geral dos EUA. A prevalência a 12 meses da perturbação noutros países varia de 0,4% a 3,6%. O risco mórbido ao longo da vida é 0,9%. O sexo feminino tem uma probabilidade 2 vezes superior à do masculino de ter perturbação de ansiedade generalizada. A prevalência do diagnóstico tem um pico na meia-idade e diminui ao longo dos últimos anos de vida.

Descendentes de europeus tendem a ter com maior frequência a perturbação de ansiedade generalizada do que os descentes não europeus (isto é, asiáticos, africanos, nativos americanos e os habitantes das ilhas do Pacífico). Além disso, há uma maior probabilidade de pessoas dos países desenvolvidos relatarem experiências ao longo da vida que preenchem critérios para perturbação de ansiedade generalizada.

Desenvolvimento e Curso

Muitos indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada relatam que se sentiram ansiosos e nervosos toda a sua vida. A média de idades de início da perturbação de ansiedade generalizada é os 30 anos; contudo, a idade de início é muito variável. A média de idades de início é mais tardia do que a das outras perturbações de ansiedade. Os sintomas de preocupação e ansiedade excessivos podem ocorrer precocemente mas são manifestados como um temperamento ansioso. O início da perturbação raramente ocorre antes da adolescência. Os sintomas da perturbação de ansiedade generalizada tendem a ser crónicos e a ter agravamento e melhoria recorrentes ao longo da vida, flutuando entre formas sindromáticas e subsindromáticas da perturbação. As taxas de remissão completa são muito baixas.

A expressão clínica da perturbação de ansiedade generalizada é relativamente consistente ao longo da vida. A diferença primária entre os grupos etários está no conteúdo das preocupações de cada indivíduo. Crianças e adolescentes tendem a preocupar-se mais com a escola e com o desempenho desportivo, enquanto os adultos mais velhos relatam maiores preocupações com o bem-estar da família ou a sua própria saúde física. Assim, o conteúdo das preocupações individuais tende a ser adequado à idade. Os adultos mais jovens têm maior gravidade de sintomas do que os adultos mais velhos.

Quanto mais precocemente os indivíduos tiverem sintomas que preencham os critérios para perturbação de ansiedade generalizada, maior a comorbilidade e incapacidade que tendem a ter. O advento da doença física crónica pode ser um aspeto importante para preocupação excessiva nos idosos. No idoso frágil, as preocupações de segurança – e sobretudo de quedas – podem limitar as atividades. Naqueles com défice cognitivo precoce, o que parece ser preocupação excessivaa acerca, por exemplo, do lugar das coisas, é provavelmente mais bem visto como realista, dados os défices cognitivos.

Nas crianças e adolescentes com perturbação de ansiedade generalizada, as ansiedades e preocupações dizem respeito, muitas vezes, à qualidade das suas capacidades na escola e nos eventos desportivos, mesmo quando o seu desempenho não está a ser avaliado pelos outros. Poderá haver uma preocupação excessiva com a pontualidade. Também pode estar presente preocupação sobre acontecimentos catastróficos, tais como sismos ou guerra nuclear.

Crianças com esta perturbação podem ser excessivamente conformadas, perfecionistas e inseguras de si e tendem a refazer as tarefas devido à excessiva insatisfação com o seu desempenho menos-do-que-perfeito. Tipicamente, elas são demasiasdo zelosas na procura de confirmação e aprovação e requerem confirmação excessiva do seu desempenho e outras coisas com que estão preocupadas.

A perturbação de ansiedade generalizada pode ser sobrediagnosticada nas crianças. Quando este diagnóstico é considerado nas crianças, deve ser realizada uma avaliação completa sobre a presença de outras perturbações infantis de ansiedade e outras perturbações mentais para determinar se as preocupações podem ser mais bem explicadas por uma dessas perturbações. A perturbação de ansiedade de separação, perturbação de ansiedade social (fobia social) e a perturbação obsessivo-compulsiva são muitas vezes acompanhadas por preocupações que podem mimetizar as que são descritas na perturbação de ansiedade generalizada. Por exemplo, uma criança com perturbação de ansiedade social pode estar preocupada com o desempenho escolar devido ao medo da humilhação. Preocupações sobre doenças também podem ser mais bem explicadas pela perturbação de ansiedade de separação ou pela perturbação obsessivo-compulsiva.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo) e evitamento de danos estão associados a perturbação de ansiedade generalizada.

Ambientais. Embora as adversidades da infância e a proteção parental excessiva estejam associadas a perturbação de ansiedade generalizada, não há fatores ambientais identificados como sendo específicos para a perturbação ou como sendo necessários ou suficientes para estabelecer o diagnóstico.

Genéticos e fisiológicos. Um terço do risco de ter uma perturbação é genético e esses fatores de risco sobrepõem-se ao risco de neuroticismo e são partilhados com outras perturbações de ansiedade e do humor, particularmente a perturbação depressiva major.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Há uma considerável variação cultural na expressão da perturbação de ansiedade generalizada. Por exemplo, nalgumas culturas predominam sintomas somáticos na expressão da perturbação, enquanto noutras tendem a predominar os sintomas cognitivos. Esta diferença pode ser mais evidente na apresentação inicial do que subsequentemente, à medida que vão sendo relatados mais sintomas. Não há informação sobre se a propensão para preocupação excessiva está relacionada com a cultura, embora o conteúdo da preocupação possa ser específico da cultura. É importante ter em conta os contextos social e cultural quando se avalia se as preocupações acerca de certas situações são excessivas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Em contexto clínico, a perturbação de ansiedade generalizada é diagnosticada algo mais no sexo feminino do que no masculino (cerca de 55%-60% daqueles que apresentam a perturbação são mulheres). Em estudos epidemiológicos, aproximadamente dois terços são mulheres. Mulheres e homens que experienciam perturbação de ansiedade generalizada parecem ter sintomas semelhantes, mas demonstram padrões diferentes de comorbilidade consistentes com diferenças de género na prevalência das perturbações. Nas mulheres, a comorbilidade

está amplamente confinada às perturbações de ansiedade e depressão unipolar, enquanto nos homens a comorbilidade tem maior probabilidade de se estender também às perturbações de uso de substâncias.

Consequências Funcionais da Perturbação de Ansiedade Generalizada

A preocupação excessiva diminui a capacidade do indivíduo para fazer coisas rápida e eficientemente, em casa ou no trabalho. A preocupação tira tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular ou de nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração e perturbação do sono contribuem para a incapacidade. Muito importante é que a preocupação excessiva pode diminuir a capacidade das pessoas com perturbação de ansiedade generalizada para estimular confiança nos seus filhos.

A perturbação de ansiedade generalizada está associada a défices significativos e mal-estar que são independentes das perturbações comórbidas. A maioria dos adultos não institucionalizados com esta perturbação estão incapacitados de moderada a gravemente. A perturbação de ansiedade generalizada é responsável por 110 milhões de dias de incapacidade por ano na população dos EUA.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de ansiedade devida a outra condição médica. O diagnóstico de perturbação de ansiedade associada com a condição médica deve ser atribuído se a ansiedade e preocupação são consideradas, com base na história, dados laboratoriais ou exame físico, como o efeito fisiológico de outra condição médica específica (por exemplo, feocromocitoma, hipertiroidismo).

Perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento. A perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento distingue-se da perturbação de ansiedade generalizada pelo facto de a substância ou o medicamento (por exemplo, uma droga de abuso, exposição a uma toxina) serem considerados etiologicamente relacionados com a ansiedade. Por exemplo, a ansiedade grave que ocorre apenas no contexto de consumo elevado de café deve ser diagnosticada como perturbação de ansiedade induzida por cafeína.

Perturbação de ansiedade social. Os indivíduos com perturbação de ansiedade social têm, muitas vezes, ansiedade antecipatória que está focada nas situações sociais futuras nas quais tenham de ter um desempenho ou ser avaliados pelos outros, enquanto os indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada se preocupam, quer sejam avaliados quer não.

Perturbação obsessivo-compulsiva. Muitas características distinguem a preocupação excessiva da perturbação de ansiedade generalizada dos pensamentos obsessivos da perturbação obsessivo-compulsiva. Na perturbação de ansiedade generalizada o foco da preocupação são os problemas futuros e é o excesso de preocupação com esses problemas que é anormal. Na perturbação obsessivo-compulsiva, as obsessões são ideias inapropriadas que tomam a forma de pensamentos intrusivos e indesejados, impulsos ou imagens.

Perturbação de stress pós-traumático e perturbação de ajustamento. A ansiedade está invariavelmente presente na perturbação de stress pós-traumático. A perturbação de ansiedade generalizada não é diagnosticada se a ansiedade e preocupação são mais bem explicadas pelos sintomas da perturbação de stress pós-traumático. A ansiedade pode também estar presente na perturbação de ajustamento, mas esta categoria residual deve

ser usada apenas quando os critérios não são cumpridos para qualquer outra perturbação (incluindo a perturbação de ansiedade generalizada). Adicionalmente, nas perturbações de ajustamento, a ansiedade ocorre em resposta a um fator de stress identificável nos 3 meses seguintes ao início deste e não persiste por mais de 6 meses após o término do fator de stress e das suas consequências.

Perturbações depressiva, bipolar e psicótica. Ansiedade/preocupação generalizada é uma característica comum associada a perturbações depressiva, bipolar e psicótica e não deve ser diagnosticada separadamente se a preocupação excessiva ocorreu apenas durante o curso dessas condições.

Comorbilidades

Em pessoas cuja apresentação preencha critérios para perturbação de ansiedade generalizada é provável que tenham preenchido, ou preencham, critérios para outras perturbações de ansiedade e para perturbação depressiva unipolar. O neuroticismo e a labilidade emocional que sustentam este padrão de comorbilidade estão associados com antecedentes temperamentais e fatores de risco genéticos e ambientais partilhados entre estas perturbações, embora sejam possíveis caminhos independentes. A comorbilidade com uso de substâncias e perturbações do comportamento, psicóticas, do neurodesenvolvimento e neurocognitivas é menos comum.

Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/Medicamento

Critérios de Diagnóstico

A. Ataques de pânico ou ansiedade predominam no quadro clínico.

B. Existe evidência a partir da história, exame físico e dados laboratoriais de ambos (1) e (2):

   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou pouco depois da intoxicação ou abstinência ou depois da exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação de ansiedade não induzida por substância/medicamento. A evidência de uma perturbação de ansiedade independente pode incluir o seguinte:

   Os sintomas precedem o início do uso de substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, de cerca de 1 mês) depois do fim do período da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou existe outra evidência que sugere a existência de uma perturbação de ansiedade independente não induzida por substância/medicamento (por exemplo, história de episódios recorrentes não relacionados com substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*.

E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Nota. Este diagnóstico deve ser feito em vez do diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para garantir a atenção clínica.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para perturbações de ansiedade induzidas por [substância/medicamento específico] encontram-se listados na tabela abaixo. Note que o código ICD-10-CM depende da existência ou não de uma perturbação de uso de substância comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação de uso de substâncias ligeira é comórbida com a perturbação de ansiedade induzida por substâncias, o dígito na 4.ª posição é «1» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] ligeira» antes da perturbação de ansiedade induzida por substâncias (por exemplo, «perturbação de uso de cocaína ligeira com perturbação de ansiedade induzida por cocaína»). Se uma perturbação de uso de substâncias moderada a grave é comórbida com a perturbação de ansiedade induzida por substâncias, o dígito na 4.ª posição é «2» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] moderada» ou «perturbação de uso de [substância] grave» dependendo da gravidade da perturbação de uso de substâncias comórbida. Se não há perturbação de uso de substâncias comórbida (por exemplo, depois de um consumo pesado pontual de uma substância), então o dígito na 4.ª posição é «9» e o clínico deve registar apenas a perturbação de ansiedade induzida por substâncias.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	**Com perturbação de uso, ligeira**	**Com perturbação de uso, moderada ou grave**	**Sem perturbação de uso**
Álcool	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Outro alucinogénio	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Inalante	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opióide	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo «Perturbações Aditivas e Relacionadas com Substâncias» para diagnósticos associados com uma classe de substância):

Com início durante a intoxicação. Este especificador aplica-se se estiverem preenchidos os critérios para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência. Este especificador aplica-se se estiverem preenchidos os critérios para abstinência da substância e os sintomas se desenvolvem durante ou pouco depois da abstinência.

Com início após o uso de medicação. Os sintomas devem surgir quer com a introdução quer com a modificação ou alteração no uso.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, salbutamol) que se presume estar a causar os sintomas de ansiedade. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, salbutamol) deve utilizar-se o código «outra substância»; e nos casos nos quais a substância é considerada um fator etiológico, mas cuja classe é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação é seguido pelo especificador do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso do medicamento). Ao contrário dos procedimentos de registo para a ICD-10-CM, os quais combinam a perturbação induzida por substâncias e a perturbação de uso de substâncias num único código, para a ICD-9-CM é dado um código de diagnóstico separado para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de sintomas de ansiedade que ocorrem durante a abstinência num homem com perturbação de uso de lorazepam grave, o diagnóstico é 292.89 perturbação de ansiedade induzida por lorazepam, com início durante a abstinência. Também é dado um diagnóstico adicional de 304.10 perturbação de uso de lorazepam grave. Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas ansiosos, cada um deve ser registado separadamente (por exemplo, 292.89 perturbação de ansiedade induzida por metilfenidato, com início durante a intoxicação; 292.89 perturbação de ansiedade induzida por salbutamol, com início após o uso de medicação).

ICD-10-CM. O nome da perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, salbutamol) que se presume estar a causar os sintomas ansiosos. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe de droga e na presença ou ausência de uma perturbação de uso de substâncias comórbida. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, salbutamol) deve utilizar se o código «outra substância»; e nos casos nos quais a substância é considerada um fator etiológico, mas cuja classe específica da substância é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação de uso de substâncias comórbida (caso exista) é registada em primeiro lugar, seguida pela palavra «com» à qual se segue o nome da perturbação de ansiedade induzida por substâncias e, depois, a especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento). Por exemplo, no caso de sintomas de ansiedade que ocorrem durante a abstinência num homem com perturbação de uso de lorazepam grave o diagnóstico é F13.280 perturbação de uso de lorazepam grave com perturbação de ansiedade induzida por uso de lorazepam, com início durante a abstinência. Um diagnóstico separado de perturbação de uso de lorazepam grave comórbida não é dado. Se a perturbação de ansiedade induzida por substância ocorre sem perturbação de uso de substâncias comórbida (por exemplo, depois de um consumo pesado pontual de uma substância), não é registada uma perturbação de uso de substância acompanhante (por exemplo, F16.980 perturbação de ansiedade induzida por psilocibina, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas ansiosos, cada um deve ser registado separadamente (por exemplo, F15.280 perturbação de uso de metilfenidato grave com perturbação de ansiedade induzida por metilfenidato, com início

durante a intoxicação; F19.980 perturbação de ansiedade induzida por salbutamol, com início após o uso do medicamento).

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento são os sintomas de pânico e ansiedade proeminentes (Critério A) que são considerados como provocados pelos efeitos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento, exposição a tóxicos). Os sintomas de pânico e de ansiedade têm de se ter desenvolvido durante ou pouco depois da intoxicação ou da abstinência da substância ou da exposição ao medicamento, e a substância ou medicamento tem de ser capaz de produzir os sintomas (Critério B2). A perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento devido a um tratamento prescrito para uma perturbação mental ou outra condição médica tem de ter início enquanto o indivíduo está a tomar o medicamento (ou durante a abstinência, se a abstinência está relacionada com o medicamento). Uma vez descontinuado o tratamento, os sintomas de pânico ou de ansiedade irão habitualmente melhorar ou remitir em dias a algumas semanas a um mês (dependendo da semivida da substância/medicamento e da presença de abstinência). O diagnóstico de perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento não deve ser dado se o início dos sintomas de pânico ou ansiedade persistem por um período substancial de tempo (isto é, em regra superior a 1 mês) desde o momento da intoxicação grave ou abstinência. Se os sintomas de pânico ou ansiedade persistem por períodos de tempo substanciais, devem ser consideradas outras causas para os sintomas.

O diagnóstico de perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento deve ser dado em vez do diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente intensos para garantir a atenção clínica.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Podem ocorrer pânico ou ansiedade associados à intoxicação pelas seguintes classes de substâncias: álcool, cafeína, *Cannabis*, fenciclidina, outros alucinogénios, inalantes, estimulantes (incluindo cocaína) e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Podem ocorrer pânico ou ansiedade com a abstinência das seguintes substâncias: álcool; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Alguns medicamentos que desencadeiam sintomas de ansiedade incluem anestésicos e analgésicos, simpaticomiméticos ou outros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparações tiroideias, contracetivos orais, anti-histamínicos, antiparkinsónicos, corticosteroides, medicamentos anti-hipertensores e cardiovasculares, anticonvulsivantes, carbonato de lítio, medicamentos antipsicóticos e antidepressivos. Metais pesados e tóxicos (por exemplo, inseticidas organofosfatados, gases asfixiantes, monóxido de carbono, dióxido de carbono, substâncias voláteis como gasolina e tintas) também podem causar sintomas de pânico ou de ansiedade.

Prevalência

A prevalência da perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento não é clara. Os dados da população geral sugerem que pode ser rara, com uma prevalência a 12 meses de aproximadamente 0,002%. Contudo, nas populações clínicas, a prevalência é provavelmente superior.

Marcadores de Diagnóstico

As avaliações laboratoriais (por exemplo, toxicologia da urina) podem ser úteis na medição da intoxicação por substância como parte da avaliação da perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância e abstinência de substância. Os sintomas da ansiedade ocorrem comummente com a intoxicação por substância ou com a abstinência de substância. O diagnóstico de intoxicação por substância específica ou de abstinência de substância específica será, habitualmente, suficiente para categorizar o sintoma de apresentação. Quando os sintomas de pânico ou de ansiedade predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para garantir a atenção clínica independente, o diagnóstico da perturbação de ansiedade induzida por substância deve ser feito além dos de intoxicação por substância e abstinência de substância. Por exemplo, os sintomas de pânico ou de ansiedade são característicos da abstinência do álcool.

Perturbação de ansiedade (isto é, não induzida por substância/medicamento). A perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento é considerada etiologicamente relacionada com a substância/medicamento. A perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento distingue-se da ansiedade primária baseada no início, curso e outros fatores com relação com substância/medicamento. Para drogas de abuso, deve haver evidência de uso, intoxicação ou abstinência, a partir da história, exame físico ou dados laboratoriais. As perturbações de ansiedade induzidas por substância/medicamento surgem apenas em associação com intoxicação ou abstinência, enquanto as perturbações de ansiedade primárias podem preceder o início do uso da substância/medicamento. A presença de características atípicas na perturbação de ansiedade primária, tais como idade de início atípica (por exemplo, início da perturbação de pânico depois dos 45 anos) ou sintomas atípicos (por exemplo, sintomas atípicos de ataque de pânico, tais como vertigem verdadeira, perda do equilíbrio, perda da consciência, perda do controlo do esfíncter vesical, dores de cabeça, discurso empastado), podem indicar a indução por substância/medicamento como a etiologia da perturbação. O diagnóstico de uma perturbação de ansiedade primária é legitimado se os sintomas de pânico ou ansiedade persistem por um período de tempo substancial (cerca de 1 mês ou mais) depois do fim da intoxicação pela substância ou abstinência aguda da substância ou, ainda, se há história de uma perturbação de ansiedade.

Delirium. Se os sintomas de pânico ou ansiedade ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*, eles são considerados uma característica associada do *delirium* e não são diagnosticados separadamente.

Perturbação de ansiedade devida a outra condição médica. Se os sintomas de pânico ou de ansiedade são atribuídos a consequências fisiológicas de outra condição médica (isto é, em vez da medicação tomada para a condição médica), deve ser diagnosticada uma perturbação de ansiedade devida a outra condição médica. Muitas vezes, a história providencia a base para tal consideração. Por vezes, uma mudança no tratamento de outra condição médica (por exemplo, a substituição ou descontinuação de um medicamento) pode ser necessária para determinar se a medicação é o agente causal dos sintomas (em tal caso, os sintomas serão mais bem explicados pela perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento). Se a alteração é atribuível quer a outra condição médica quer ao uso de substâncias, ambos

os diagnósticos (isto é, perturbação de ansiedade devida a outra condição médica e perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento) devem ser dados. Quando não há evidência suficiente para determinar se os sintomas de pânico ou ansiedade são atribuíveis a uma substância/medicamento, ou a outra condição médica, ou se são primários (isto é, não atribuíveis quer a uma substância quer a outra condição médica), deve ser dado o diagnóstico de perturbação de ansiedade com outra especificação ou não especificada.

Perturbação de Ansiedade Devida a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico 293.84 (F06.4)

A. Ataques de pânico ou ansiedade predominam no quadro clínico.
B. Há evidência a partir da história, exame físico ou dados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência patofisiológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental.
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirum*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo e défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

Nota de codificação. Incluir o nome da outra condição médica em conjunto com o nome da perturbação mental (por exemplo, **293.84 [F06.4]** perturbação de ansiedade devida a feocromocitoma). A outra condição médica deve ser codificada e registada separada e imediatamente antes da perturbação de ansiedade devida a outra condição médica (por exemplo, **227.0 [D35.00]** feocromocitoma; **293.84 [F06.4]** perturbação de ansiedade secundária a feocromocitoma).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de ansiedade secundária a outra condição médica é a ansiedade clinicamente significativa que se considera ser mais bem explicada como um efeito fisiológico de outra condição médica. Os sintomas podem incluir sintomas de ansiedade ou ataques de pânico (Critério A). A consideração de que os sintomas são mais bem explicados pela condição física associada deve basear-se em dados obtidos da história, exame físico ou dados laboratoriais (Critério B). Além disso, os sintomas da perturbação não são mais bem explicados por outra perturbação mental, particularmente, perturbação de ajustamento com ansiedade, na qual o fator de stress é uma condição médica (Critério C). Neste caso, um indivíduo com perturbação de ajustamento está especialmente perturbado acerca do significado ou das consequências da condição médica associada. Em contraste, há muitas vezes uma componente física para a ansiedade (por exemplo, dificuldade respiratória) quando esta é secundária a outra condição médica. O diagnóstico não é feito se os sintomas de ansiedade ocorrem apenas durante o curso de um *delirium* (Critério D). Os sintomas de ansiedade têm de causar mal-estar clinicamente significativo ou défices no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério E).

Para determinar se os sintomas da ansiedade são atribuíveis a outra condição médica, o clínico deve estabelecer em primeiro lugar a presença de uma condição médica. Além disso, tem de estabelecer-se se os sintomas de ansiedade estão etiologicamente relacionados com a condição

médica através de uma mecanismo fisiológico antes de fazer o julgamento de que esta é a melhor explicação para os sintomas de um indivíduo específico. Para este julgamento é necessária uma avaliação completa e cuidadosa de múltiplos fatores. Devem ser considerados diversos aspetos da apresentação clínica: 1) a presença de uma associação temporal clara entre o início, exacerbação e remissão dos sintomas da condição médica e os sintomas de ansiedade; 2) a presença de características atípicas para uma perturbação de ansiedade primária (por exemplo, idade de início e curso atípicos); 3) evidência na literatura de que um mecanismo fisiológico conhecido (por exemplo, hipertiroidismo) causa ansiedade. Além disso, a perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação de ansiedade primária, perturbação de ansiedade induzida por substância/ /medicamento ou por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de ajustamento).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Um conjunto de condições médicas é conhecido por incluir a ansiedade como uma manifestação sintomática. Os exemplos incluem as doenças endócrinas (por exemplo, hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hiperadrenocortisolismo), cardiovasculares (por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia como a fibrilação auricular), respiratórias (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, pneumonia), metabólicas (por exemplo, deficiência de vitamina B_{12}, porfiria) e neurológicas (por exemplo, neoplasias, disfunção vestibular, encefalite, doenças convulsivas). A ansiedade devida a outra condição médica é diagnosticada quando se sabe que outra condição médica induz ansiedade e a condição médica precede o início da ansiedade.

Prevalência

A prevalência da perturbação de ansiedade devida a outra condição médica não é clara. Parece haver uma prevalência aumentada de perturbações de ansiedade entre pessoas com uma variedade de condições médicas, incluindo asma, hipertensão, úlceras e artrite. Contudo, esta prevalência aumentada poderá dever-se a razões que não a perturbação de ansiedade diretamente causada pela condição médica.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e curso da perturbação de ansiedade secundária a outra condição médica segue geralmente o curso da doença de base. Este diagnóstico não deve incluir perturbações de ansiedade primárias que surgem no contexto de uma doença médica crónica. É importante ter isto em conta em idosos que podem experienciar uma doença médica crónica e depois desenvolver independentemente perturbações de ansiedade secundárias às doenças médicas crónicas.

Marcadores de Diagnóstico

Avaliações laboratoriais e/ou exames médicos são necessários para confirmar o diagnóstico de condições médicas associadas.

Diagnóstico Diferencial

Delirium. Um diagnóstico separado de perturbação de ansiedade devida a outra condição médica não é dado se as alterações da ansiedade ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*. Contudo, o diagnóstico de perturbação de ansiedade devida a outra condição

médica pode ser dado adicionalmente ao diagnóstico de perturbação neurocognitiva major (demência) se se considerar que a etiologia da ansiedade é uma consequência fisiológica do processo patológico que causa a perturbação neurocognitiva e se a ansiedade é uma parte proeminente da apresentação clínica.

Apresentação mista de sintomas (por exemplo, humor e ansiedade). Se a apresentação inclui uma mistura de diferentes tipos de sintomas, a perturbação mental específica devida a outra condição médica depende de que tipo de sintomas dominam o quadro clínico.

Perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento. Se existir evidência de uso recente ou prolongado de substâncias (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a um tóxico, deve considerar-se a perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento. Sabe-se que algumas medicações aumentam a ansiedade (por exemplo, corticosteroides, estrogénios, metoclopramida) e, quando se dá esse caso, o medicamento pode ser a etiologia mais provável, embora possa ser difícil distinguir se a ansiedade é atribuível às medicações ou à própria condição médica. Quando o diagnóstico de ansiedade induzida por substâncias é feito em relação com drogas recreativas ou não prescritas poderá ser útil obter análises de urina ou sangue ou outras avaliações laboratoriais apropriadas. Os sintomas que ocorrem durante, ou pouco depois (isto é, dentro de 4 semanas), de uma intoxicação ou abstinência de substâncias ou após o uso de medicação poderão ser especialmente indicativos de uma perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento, dependendo do tipo, duração ou quantidade de substância usada. Se a perturbação está associada quer à outra condição médica quer ao uso de substância devem ser dados ambos os diagnósticos (perturbação de ansiedade secundária a outra condição médica e perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento). Características tais como o início depois dos 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (por exemplo, vertigem, perda de consciência, perda do controlo dos esfíncteres, discurso empastado, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância sejam causadoras dos sintomas dos ataques de pânico.

Perturbação de ansiedade (não devida a uma condição médica conhecida). A perturbação de ansiedade devida a outra condição médica deve ser distinguida das outras perturbações de ansiedade (especialmente das perturbações de pânico e de ansiedade generalizada). Noutras perturbações de ansiedade, não podem ser demonstrados mecanismos fisiológicos causais diretos associados a outra condição médica. Início tardio, sintomas atípicos e a ausência de história pessoal ou familiar de perturbações de ansiedade sugerem a necessidade de uma avaliação cuidada para descartar o diagnóstico de perturbação de ansiedade devida a outra condição médica. Perturbações de ansiedade podem exacerbar ou aumentar o risco de outras condições médicas, tais como eventos cardiovasculares e enfarte do miocárdio e, nestes casos, não devem ser diagnosticadas como perturbação de ansiedade devida a outra condição médica.

Perturbação de ansiedade de doença. A perturbação de ansiedade devida a outra condição médica deve ser distinguida da perturbação de ansiedade de doença. A perturbação de ansiedade de doença é caracterizada por preocupações acerca da doença, da dor e do corpo. No caso desta perturbação, os indivíduos podem ter ou não diagnosticadas condições médicas. Embora num indivíduo com perturbação de ansiedade de doença e uma condição médica

diagnosticada seja provável experienciar ansiedade acerca da condição médica, a condição médica não está fisiologicamente relacionada com os sintomas da ansiedade.

Perturbações de ajustamento. A perturbação de ansiedade devida a outra condição médica deve ser distinguida das perturbações de ajustamento com ansiedade ou com ansiedade e humor deprimido. Quando os indivíduos experienciam uma resposta desadaptativa ao stress por terem uma outra condição médica é seguro o diagnóstico de perturbação de ajustamento. A reação ao stress refere-se, em regra, ao significado ou consequências do stress, em comparação com a experiência de sintomas ansiosos e do humor que ocorrem como consequência fisiológica de outra condição médica. Na perturbação de ajustamento os sintomas da ansiedade estão tipicamente relacionados com a forma como se lida com o stress de ter uma condição médica geral, enquanto na perturbação de ansiedade devida a outra condição médica os indivíduos têm maior probabilidade de ter sintomas físicos proeminentes e de estarem focados em aspetos que não o stress da própria doença.

Característica associada de outra perturbação mental. Sintomas de ansiedade podem ser uma característica associada de outra perturbação mental (por exemplo, esquizofrenia, anorexia nervosa).

Perturbação de ansiedade com outra especificação ou não especificada. Este diagnóstico é dado se não é possível determinar se os sintomas de ansiedade são primários, induzidos por substâncias ou associados com outra condição médica.

Perturbação de Ansiedade com Outra Especificação

300.09 (F41.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação de ansiedade que causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam no quadro clínico, mas não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações na classe de diagnóstico das perturbações de ansiedade. A categoria perturbação de ansiedade com outra especificação é utilizada em situações nas quais o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios de nenhuma perturbação de ansiedade específica (por exemplo, «ansiedade generalizada que não ocorre em mais de metade dos dias»).

A lista seguinte inclui exemplos de apresentações que podem ser especificadas utilizando a designação «com outra especificação»:

1. **Ataques com sintomas limitados.**
2. **Ansiedade generalizada que não ocorre em mais de metade dos dias.**
3. ***Khyâl cap* (ataques de vento).** Ver o «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Apêndice.
4. ***Ataque de nervios* (ataque de nervos).** Consulte o «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Apêndice.

Perturbação de Ansiedade Não Especificada

300.00 (F41.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação de ansiedade que causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam no quadro clínico, mas não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações na classe de diagnóstico das perturbações de ansiedade. A categoria perturbação de ansiedade não especificada é utilizada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios de diagnóstico para uma perturbação de ansiedade específica, e que inclui apresentações nas quais há informação insuficiente para que se faça um diagnóstico mais específico (por exemplo, em contexto de serviço de urgência).

Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas

As perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas incluem: perturbação obsessivo-compulsiva (POC), perturbação dismórfica corporal, perturbação de acumulação (*hoarding disorder*), tricotilomania (*hair-pulling disorder*), perturbação de escoriação (*skin picking disorder*), perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância/ /medicamento e perturbações relacionadas, perturbação obsessivo-compulsiva devida a outra condição médica e perturbações relacionadas, perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas e perturbação obsessivo-compulsiva não especificada e perturbações relacionadas (por exemplo, perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo, ciúme obsessivo).

A POC é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões. *Obsessões* são pensamentos, ânsias ou imagens recorrentes e persistentes experienciados como intrusivos e indesejados, enquanto *compulsões* são comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente levado a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente. Algumas outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas são também caracterizadas por preocupações e comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações. Outras perturbações obsessivo--compulsivas e perturbações relacionadas são caracterizadas primariamente por comportamentos repetitivos recorrentes centrados no corpo (por exemplo, tricotilomania, escoriação) e tentativas repetidas para diminuir ou parar os comportamentos.

A inclusão de um capítulo sobre perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas no DSM-5 reflete a evidência crescente de que estas perturbações se relacionam entre si nos termos de um espectro de validadores de diagnóstico, bem como a utilidade clínica de agrupar estas perturbações no mesmo capítulo. Os clínicos são encorajados a monitorizar estas condições em indivíduos que apresentam uma delas e a estar cientes da sobreposição entre estas condições. Ao mesmo tempo, há diferenças importantes nos validadores de diagnóstico e nas abordagens terapêuticas destas perturbações. Além disso, há relações próximas entre as perturbações de ansiedade e algumas perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas (por exemplo, POC), o que se reflete na sequência de capítulos do DSM-5, com o capítulo das perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas a seguir ao das perturbações de ansiedade.

As perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas diferem das preocupações e rituais normais do desenvolvimento, uma vez que são excessivas ou persistem para além dos períodos de desenvolvimento adequados. A distinção entre a presença de sintomas subclínicos e uma perturbação clínica requer a avaliação de uma série de fatores, incluindo o nível de mal-estar do indivíduo e o comprometimento do seu funcionamento.

O capítulo começa com a POC. Posteriormente aborda a perturbação dismórfica corporal e a perturbação de acumulação, que são caracterizadas por sintomas cognitivos como defeitos ou falhas percebidas na aparência física ou a necessidade percebida de guardar objetos, respetivamente. O capítulo debruça-se depois sobre a tricotilomania e a perturbação de escoriação, que são caracterizadas por comportamentos recorrentes repetitivos centrados no corpo. Finalmente, aborda a perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas, perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas e perturbação obsessivo-compulsiva não especificada e perturbações relacionadas.

Enquanto o conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre indivíduos, certas dimensões de sintomas são comuns na POC, incluindo as da limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza); simetria (obsessões de simetria e compulsões de repetição, organização e contagem); pensamentos proibidos ou tabu (por exemplo, obsessões agressivas, sexuais e religiosas e compulsões relacionadas); e violência (por exemplo, medo de magoar-se a si próprio ou os outros e compulsões de verificação relacionadas). O especificador de tiques da POC é usado quando um indivíduo tem história passada ou atual de uma perturbação de tiques.

A perturbação dismórfica corporal é caracterizada pela preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidos na aparência física que não são observáveis ou são apenas ligeiramente aparentes para os outros, e por comportamentos repetitivos (por exemplo, verificações ao espelho, autocuidado excessivo, escoriação ou procura de reafirmação) ou atos mentais (por exemplo, comparar a sua aparência com a de outras pessoas) em resposta às preocupações com a aparência. As preocupações com a aparência não são mais bem explicadas por preocupações com a gordura corporal ou peso de um indivíduo com uma perturbação alimentar. A dismorfia muscular é uma forma de perturbação dismórfica corporal que é caracterizada pela crença de que a própria compleição corporal é demasiado pequena ou insuficientemente musculada.

A perturbação de acumulação é caracterizada pela dificuldade persistente em descartar ou separar-se dos seus bens, independentemente do seu valor real, como resultado de uma forte necessidade percebida de guardar os objetos e do mal-estar que está associado a descartá-los. A perturbação de acumulação difere da recolha normal. Por exemplo, os sintomas da perturbação de acumulação resultam na acumulação de um grande número de objetos que congestionam e desarrumam áreas úteis de tal forma que o uso para que foram projetadas é substancialmente comprometido. A forma de compras excessivas da perturbação de acumulação, que caracteriza a maioria mas não todos os indivíduos com perturbação de acumulação, consiste em recolha excessiva, compra ou furto de itens que não são necessários ou para os quais não há espaço disponível.

A tricotilomania (*hair pulling disorder*) é caracterizada pelo comportamento recorrente de arrancar o próprio cabelo/pelo, resultando em falta de cabelo, e tentativas repetidas para diminuir ou parar de arrancar o cabelo. A perturbação de escoriação (*skin picking disorder*) é caracterizada pela escoriação recorrente da própria pele, resultando em lesões da pele e tentativas repetidas para diminuir e parar de escoriar. Os comportamentos repetitivos centrados no corpo que caracterizam estas duas perturbações não são desencadeados por obsessões ou preocupações. No entanto, podem ser precedidos ou acompanhados por vários estados emocionais, tais como sentimentos de ansiedade ou de tédio. Podem também ser precedidos por uma sensação crescente de tensão ou podem levar a gratificação, prazer ou a uma sensação

de alívio quando o cabelo é arrancado ou a pele é escoriada. Os indivíduos com estas perturbações podem ter graus variados de consciência do comportamento quando o iniciam, sendo que alguns prestam mais atenção ao comportamento (com tensão precedente e alívio subsequente) e outros apresentam comportamentos mais automáticos (com os comportamentos a ocorrer sem que pareça haver consciência completa).

A perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas consistem em sintomas que são devidos à intoxicação ou abstinência de substâncias ou de um medicamento. A perturbação obsessivo-compulsiva devida a outra condição médica e perturbações relacionadas envolvem sintomas que são característicos das perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas que são a consequência fisiopatológica direta de uma perturbação médica. A perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas consistem em sintomas que não cumprem critérios para uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas específicas porque têm uma apresentação atípica ou uma etiologia incerta; estas categorias são também usadas para outras síndromes específicas que não estão listadas na Secção II e quando não está disponível informação suficiente para diagnosticar uma apresentação clínica como outra perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. Exemplos de síndromes específicas não listadas na Secção II, e portanto diagnosticadas como perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas ou como perturbação obsessivo-compulsiva não especificada e perturbações relacionadas, incluem a perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo e ciúme obsessivo.

As perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas que têm uma componente cognitiva têm o *insight* como base dos especificadores; em cada uma destas perturbações, o *insight* varia desde «*insight* bom ou razoável» a «*insight* pobre» a «*insight* ausente/crenças delirantes», relativamente às crenças relacionadas com a perturbação. Em indivíduos que apresentam sintomas de perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas que justificam a utilização do especificador «*insight* ausente/crenças delirantes», esses sintomas não devem ser diagnosticados como uma perturbação psicótica.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Critérios de Diagnóstico 300.3 (F42)

A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas:

As obsessões são definidas por (1) e (2):

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum período da perturbação, são experienciadas como intrusivos ou indesejados e que na maioria dos indivíduos causa ansiedade ou mal-estar marcados.
2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (isto é, realizando uma compulsão).

Compulsões são definidas por (1) e (2):

1. Comportamentos repetitivos (por exemplo, lavagem de mãos, ordenação, verificação) ou atos mentais (por exemplo, rezar, contar, repetir palavras silenciosamente) que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente.

2. Os comportamentos ou atos mentais têm como objetivo prevenir ou reduzir a ansiedade ou mal-estar ou prevenir acontecimentos ou situações temidas; no entanto, estes comportamentos ou atos mentais não estão ligados de forma realista com o que pretendem neutralizar ou prevenir ou são claramente excessivos.

   Nota. Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.

B. As obsessões ou compulsões consomem tempo (por exemplo, levam mais de 1 hora por dia) ou causam mal-estar clinicamente significativo, ou causam défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica.

D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outra perturbação mental (por exemplo, preocupações excessivas, como na perturbação de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como na perturbação dismórfica corporal; dificuldade em descartar ou separar se de pertences, como na perturbação de acumulação; arrancar cabelos ou pelos, como na tricotilomania ; escoriar a pele, como na perturbação de escoriação; estereotipias, como na perturbação de movimentos estereotipados; comportamento alimentar ritualizado, como nas perturbações alimentares; preocupação com substâncias ou jogo patológico, como nas perturbações relacionadas com substâncias ou perturbações aditivas; preocupação com a possibilidade de ter uma doença, como na perturbação de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nas perturbações parafílicas; impulsos, como nas perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos ou do comportamento; ruminações de culpa, como na perturbação depressiva major; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas; ou padrões de comportamento repetitivos, como na perturbação do espectro do autismo).

Especificar se:

Com *insight* bom ou razoável. O indivíduo reconhece que as crenças da perturbação obsessivo-compulsiva são definitiva ou provavelmente falsas ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com *insight* pobre. O indivíduo pensa que as crenças da perturbação obsessivo-compulsiva são provavelmente verdadeiras.

Com *insight* ausente/crenças delirantes. O indivíduo está completamente convencido de que as crenças da perturbação obsessivo-compulsiva são verdadeiras.

Especificar se:

Relacionada com tiques. O indivíduo tem uma história atual ou passada de uma perturbação de tiques.

Especificadores

Muitos indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva (POC) têm crenças disfuncionais. Estas crenças podem incluir um sentido de responsabilidade exagerado e a tendência para sobrestimar a ameaça; perfecionismo e intolerância à incerteza; e importância excessiva dos pensamentos (por exemplo, acreditar que ter um pensamento proibido é tão mau como agir de acordo com ele) e a necessidade de controlar os pensamentos.

Indivíduos com POC variam no grau de *insight* que têm sobre a certeza das crenças que estão subjacentes aos seus sintomas obsessivo-compulsivos. Muitos indivíduos têm um *insight bom ou razoável* (por exemplo, o indivíduo acredita que a sua casa definitivamente não

vai incendiar-se, provavelmente não se vai incendiar, ou que pode ou não pode incendiar-se se o forno não for verificado 30 vezes). Alguns têm *insight pobre* (por exemplo, o indivíduo acredita que a sua casa se vai provavelmente incendiar se o forno não for verificado 30 vezes) e poucos (4% ou menos) têm *insight ausente/crenças delirantes* (por exemplo, o indivíduo está convencido de que a sua casa irá incendiar-se se o forno não for verificado 30 vezes). O *insight* pode variar no mesmo indivíduo durante o curso da doença. Um *insight* mais pobre foi associado a um pior prognóstico a longo prazo.

Até 30% dos indivíduos com POC têm uma perturbação de tiques ao longo da vida. Isso é mais comum em indivíduos do sexo masculino e com início de POC na infância. Estes indivíduos tendem a diferir dos que não têm história de perturbação de tiques nos temas dos sintomas de POC, comorbilidades, curso e padrão de transmissão familiar.

Características de Diagnóstico

Os sintomas característicos de POC são a presença de obsessões e compulsões (Critério A). *Obsessões* são pensamentos repetitivos e persistentes (por exemplo, de contaminação), imagens (por exemplo, cenas de violência ou horror) ou impulsos (por exemplo, de esfaquear alguém). É importante notar que as obsessões não são agradáveis ou experienciadas como voluntárias: são intrusivas e indesejadas e causam mal-estar ou ansiedade marcados na maioria dos indivíduos. Os indivíduos tentam ignorar ou suprimir estas obsessões (por exemplo, evitando desencadeantes ou suprimindo esses pensamentos) ou neutralizá-los com outro pensamento ou ação (por exemplo, realizar uma compulsão). *Compulsões* (ou rituais) são comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar, verificar) ou atos mentais (por exemplo, contar, repetir palavras silenciosamente) que o indivíduo se sente levado a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente. A maioria dos indivíduos com POC tem tanto obsessões como compulsões. As compulsões são tipicamente realizadas em resposta a uma obsessão (por exemplo, pensamentos de contaminação que conduzem a rituais de lavagem ou de que algo é incorrecto, levando a rituais repetidos até que se sinta «completamente bem»). O objetivo é reduzir o mal-estar desencadeado pelas obsessões ou para prevenir um acontecimento temido (por exemplo, ficar doente). Contudo, estas compulsões ou não estão ligadas de forma realista ao acontecimento temido (por exemplo, ordenar objetos simetricamente para prevenir o mal de um ente querido) ou são claramente excessivas (por exemplo, tomar duche durante horas todos os dias). As compulsões não são realizadas por prazer, apesar de alguns indivíduos experimentarem alívio da ansiedade ou mal-estar.

O Critério B enfatiza que as obsessões e compulsões têm de consumir tempo (por exemplo, mais de 1 hora por dia) ou causar mal-estar ou comprometimento clinicamente significativos para que se justifique o diagnóstico de POC. Este critério ajuda a distinguir a perturbação dos pensamentos intrusivos ou comportamentos repetitivos ocasionais que são comuns na população geral (por exemplo, verificar duas vezes que a porta está trancada). A frequência e gravidade das obsessões variam entre os indivíduos com POC (por exemplo, alguns têm sintomas ligeiros a moderados, gastando 1-3 horas por dia com obsessões ou a realizar compulsões, enquanto outros têm pensamentos intrusivos ou compulsões praticamente constantes, que podem ser incapacitantes).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O conteúdo específico das obsessões e das compulsões varia entre indivíduos. No entanto, certos temas, ou dimensões, são comuns, incluindo os da limpeza (obsessões de contamina-

ção e compulsões de limpeza); simetria (obsessões de simetria e compulsões de repetição, ordenação e contagem); pensamentos proibidos ou tabu (por exemplo, obsessões agressivas, sexuais ou religiosas e compulsões relacionadas); e violência (por exemplo, medo de fazer mal a si próprio ou a alguém e compulsões de verificação). Alguns indivíduos também têm dificuldades em descartar objetos e acumulam objetos como consequência de obsessões e compulsões típicas, como o medo de fazer mal aos outros. Estes temas ocorrem em diferentes culturas, são relativamente consistentes ao longo do tempo em adultos com a perturbação e podem ser associados a diferentes substratos neutros. É importante notar que os indivíduos muitas vezes têm sintomas em mais do que uma dimensão.

Indivíduos com POC experienciam um espectro de respostas afetivas quando confrontados com situações que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, muitos indivíduos experienciam ansiedade marcada que pode incluir ataques de pânico recorrentes. Outros relatam fortes sentimentos de desgosto. Enquanto realizam as compulsões, alguns indivíduos relatam uma sensação angustiante de «incompletude» ou apreensão até as coisas parecerem, soarem ou serem sentidas como «completamente bem».

Em indivíduos com esta perturbação é comum o evitamento de pessoas, locais e coisas que desencadeiam obsessões ou compulsões. Por exemplo, indivíduos com preocupações de contaminação poderão evitar situações públicas (por exemplo, restaurantes, casas de banho públicas) para reduzir a exposição a contaminantes temidos; indivíduos com pensamentos intrusivos sobre causar mal aos outros poderão evitar interações sociais.

Prevalência

A prevalência a 12 meses de POC nos EUA é de 1,2%, com prevalência semelhante internacionalmente (1,2%-1,8%). Na idade adulta, indivíduos do sexo feminino são afetados numa taxa ligeiramente superior à dos indivíduos do sexo masculino, apesar de os indivíduos do sexo masculino serem mais comummente afetados na infância.

Desenvolvimento e Curso

Nos EUA, a idade média de início da POC é de 19,5 anos e 25% dos casos começam pelos 14 anos. O início após os 35 anos é pouco frequente, muito embora ocorra. Indivíduos do sexo masculino têm uma idade de início inferior à do sexo feminino: em aproximadamente 25% dos indivíduos do sexo masculino o início ocorre antes dos 10 anos. O início dos sintomas é tipicamente gradual; no entanto, também foi relatado um início agudo.

Se a POC não for tratada, o curso é em regra crónico, com frequência com melhoria e agravamento dos sintomas. Alguns indivíduos têm um curso episódico e uma minoria tem um curso deteriorante. Sem tratamento, as taxas de remissão no adulto são baixas (por exemplo, 20% para os que são reavaliados após 40 anos). O início na infância ou na adolescência pode levar a uma POC para toda a vida. No entanto, 40% dos indivíduos com início da POC na infância ou adolescência podem experimentar remissão no início da idade adulta. O curso da POC é muitas vezes complicado pela coocorrência de outras perturbações (ver secção «Comorbilidades» para esta perturbação).

As compulsões são mais facilmente diagnosticadas em crianças do que as obsessões, uma vez que as compulsões são observáveis. No entanto, a maioria das crianças tem tanto obsessões como compulsões (tal como acontece na maioria dos adultos). O padrão de sintomas em adultos pode ser estável ao longo do tempo, mas em crianças é mais variável. É provável que algumas diferenças reflitem um conteúdo apropriado aos diferentes estádios

de desenvolvimento mental (por exemplo, taxas mais elevadas de obsessões sexuais e religiosas em adolescentes do que em crianças; taxas mais elevadas de obsessões de violência em crianças e adolescentes do que em adultos [por exemplo, medo de eventos catastróficos, como a morte ou a doença do próprio ou de entes queridos]).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Maior número de sintomas internalizados, afetividade negativa mais elevada e inibição comportamental na infância são fatores de risco temperamentais possíveis.

Ambientais. Abuso sexual e físico na infância e outros eventos stressantes ou traumáticos foram associados a um aumento do risco de desenvolvimento de POC. Algumas crianças podem desenvolver subitamente o início dos sintomas obsessivo-compulsivos, o que foi associado a diferentes fatores ambientais, incluindo vários agentes infeciosos e uma síndrome autoimune pós-infeciosa.

Genéticos e fisiológicos. A taxa de POC em familiares de primeiro grau de adultos com POC é aproximadamente duas vezes mais elevada do que a verificada em familiares de primeiro grau de adultos sem a perturbação. No entanto, entre os familiares de primeiro grau de indivíduos com início da POC na infância ou adolescência, a taxa aumenta 10 vezes. A transmissão familiar é devida em parte a fatores genéticos (por exemplo, uma taxa de concordância de 0,57 em gémeos monozigóticos *versus* 0,22 em dizigóticos). Disfunções no córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior e estriado foram fortemente implicadas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A POC ocorre em todo o mundo. Existe uma semelhança considerável entre culturas na distribuição por género, idade de início e comorbilidades da POC. Adicionalmente, em todo o mundo existe uma estrutura de sintomas semelhante, envolvendo limpeza, simetria, acumulação, pensamentos tabu ou medo de violência. No entanto, existe uma variação regional na expressão dos sintomas e há fatores culturais que podem moldar o conteúdo das obsessões e compulsões.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Os indivíduos do sexo masculino têm uma idade de início de POC mais precoce do que os do sexo feminino e uma maior probabilidade de ter uma perturbação de tiques comórbida. Foram relatadas diferenças de género no padrão de dimensões dos sintomas, sendo que, por exemplo, no sexo feminino existe maior probabilidade de ocorrência de sintomas da dimensão da limpeza e, no sexo masculino, de sintomas das dimensões dos pensamentos proibidos e de simetria. O início ou a exacerbação da POC, bem como de sintomas que possam interferir com a relação mãe-filho (por exemplo, obsessões agressivas levando a evitamento da criança), foram relatados no período periparto.

Risco de Suicídio

Em cerca de metade dos indivíduos com POC ocorrem, em algum momento, pensamentos suicidas. São também relatadas tentativas de suicídio em até um quarto dos indivíduos com POC. O risco de suicídio é aumentado pela presença de perturbação depressiva major comórbida.

Consequências Funcionais da Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A POC está associada a qualidade de vida reduzida, bem como a níveis elevados de comprometimento social e ocupacional. O comprometimento ocorre em vários domínios diferentes da vida e está associado à gravidade dos sintomas. O comprometimento pode ser causado pelo tempo gasto com as obsessões e compulsões. O evitamento de situações que podem desencadear obsessões ou compulsões também pode restringir gravemente o funcionamento. Adicionalmente, sintomas específicos podem criar obstáculos específicos. Por exemplo, obsessões sobre violência podem fazer que as relações com amigos e familiares sejam sentidas como ameaçadoras. O resultado pode ser o evitamento destas relações. Obsessões sobre simetria podem inviabilizar a conclusão atempada de projetos escolares ou laborais porque o projeto nunca parece «completamente bem», resultando num potencial fracasso escolar ou perda do emprego. Podem, de igual modo, ocorrer consequências para a saúde. Por exemplo, indivíduos com preocupações de contaminação podem evitar consultórios médicos e hospitais (por exemplo, pelo medo da exposição a germes) ou desenvolver problemas dermatológicos (por exemplo, lesões cutâneas devidas a lavagens excessivas). Por vezes, os sintomas da perturbação interferem com o próprio tratamento (por exemplo, quando as medicações são consideradas contaminadas). Quando a perturbação se inicia na infância ou adolescência, os indivíduos podem experienciar dificuldades no desenvolvimento. Por exemplo, os adolescentes podem evitar socializar com os pares; os adultos jovens podem fazer um grande esforço para sair de casa para viverem independentes. O resultado pode ser a existência de poucas relações significativas fora da família e falta de autonomia e independência financeira da sua família de origem. Além disso, alguns indivíduos com POC tentam impor regras e proibições aos membros da família por causa da sua perturbação (por exemplo, ninguém na família pode ter visitas em casa pelo medo de contaminação), podendo isto conduzir a disfunção familiar.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de ansiedade. Pensamentos recorrentes, comportamentos evitantes e pedidos repetitivos de reasseguramento também podem ocorrer nas perturbações de ansiedade. No entanto, os pensamentos recorrentes que estão presentes na perturbação de ansiedade generalizada (isto é, preocupações) são habitualmente sobre preocupações da vida real, enquanto as obsessões da POC não envolvem em regra preocupações da vida real e podem incluir conteúdo que é estranho, irracional ou de natureza aparentemente mágica; para além disso, as compulsões estão com frequência presentes e ligadas às obsessões. Como acontece nos indivíduos com POC, os que têm uma fobia específica podem ter uma reação de medo a um objeto ou situação temidos. No entanto, na fobia específica o objeto temido é habitualmente mais circunscrito e os rituais não estão presentes. Na ansiedade social (fobia social), os objetos ou situações temidos limitam-se a interações sociais e o evitamento ou a procura de reasseguramento focam-se na redução deste medo social.

Perturbação depressiva major. A POC pode ser distinguida da ruminação da perturbação depressiva major, na qual os pensamentos são habitualmente congruentes com o humor e não necessariamente experienciados como intrusivos ou angustiantes; além disso, e ao contrário do que sucede na POC típica, as ruminações não estão ligadas a compulsões.

Outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas. Na perturbação dismórfica corporal, as obsessões e compulsões estão limitadas a preocupações com a aparência física; e na tricotilomania o comportamento compulsivo é, na ausência de obsessões,

limitado ao arrancamento de cabelo. Os sintomas da perturbação de acumulação focam-se exclusivamente na dificuldade persistente em descartar ou separar-se dos seus bens, na angústia marcada associada à ideia de descartar os objetos e na acumulação excessiva de objetos. No entanto, se um indivíduo tem obsessões que são típicas da POC (por exemplo, preocupações sobre incompletude ou violência) e estas obsessões levam a comportamentos compulsivos de acumulação (por exemplo, adquirir todos os objetos de um conjunto para obter a sensação de completude ou não descartar jornais velhos porque podem conter informação que pode prevenir o mal), o diagnóstico a ser feito deve ser o de POC.

Perturbações alimentares. A POC pode ser distinguida da anorexia nervosa pelo facto de as obsessões e compulsões da POC não se limitarem a preocupações sobre o peso e a comida.

Tiques (na perturbação de tiques) e movimentos estereotipados. Um tique é um movimento ou vocalização súbito, rápido, recorrente, não rítmico (por exemplo, piscar os olhos, limpar a garganta). Um movimento estereotipado é um comportamento motor repetitivo, aparentemente voluntário e não funcional (por exemplo, bater com a cabeça, balançar o corpo, morder-se). Os tiques e os movimentos estereotipados são tipicamente menos complexos do que as compulsões e não têm como objetivo neutralizar obsessões. No entanto, a distinção entre tiques complexos e compulsões pode ser difícil. Enquanto as compulsões são em regra precedidas de obsessões, os tiques são muitas vezes precedidos por impulsos sensoriais premonitórias. Alguns indivíduos têm sintomas de POC e perturbação de tiques, sendo que nesse caso se podem justificar ambos os diagnósticos.

Perturbações psicóticas. Alguns indivíduos com POC têm *insight* pobre ou até crenças delirantes. No entanto, apresentam obsessões e compulsões (distinguindo a sua condição de uma perturbação delirante) e não têm outras características de esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva (por exemplo, alucinações ou alterações formais do pensamento).

Outros comportamentos semelhantes a compulsões. Certos comportamentos são por vezes descritos como «compulsivos», incluindo o comportamento sexual (no caso das parafilias), o jogo patológico (isto é, perturbação de jogo patológico) e o uso de substâncias (por exemplo, perturbação de uso de álcool). No entanto, estes comportamentos diferem das compulsões da POC pelo facto de o indivíduo habitualmente tirar prazer das actividades, podendo desejar resistir-lhes apenas pelas suas consequências deletérias.

Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade. Apesar de a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade e a POC terem nomes semelhantes, as manifestações clínicas destas perturbações são significativamente diferentes. A perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade não é caracterizada por pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos ou por comportamentos repetitivos realizados em resposta a estas intrusões; em vez disso, envolve um padrão desadaptativo, duradouro e invasivo, de perfecionismo excessivo e controlo rígido. Se um indivíduo manifesta sintomas de POC e de perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, ambos os diagnósticos podem ser atribuídos.

Comorbilidades

Indivíduos com POC apresentam muitas vezes outras alterações psicopatológicas. Ao longo da vida, muitos adultos com esta perturbação têm o diagnóstico de uma perturbação de ansiedade (76%; por exemplo, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade generalizada, fobia específica) ou perturbação depressiva ou bipolar

(63% para qualquer perturbação depressiva ou bipolar, sendo a mais comum a perturbação depressiva major [41%]). O início da POC é em regra mais tardio do que na maior parte das perturbações de ansiedade comórbida (com exceção da perturbação de ansiedade de separação) e PSPT, mas frequentemente precede o das perturbações depressivas. A perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade comórbida é também comum em indivíduos com POC (por exemplo, de 23% a 32%).

Até 30% dos indivíduos com POC têm também uma perturbação de tiques durante a vida. Uma perturbação de tiques comórbida é mais comum em indivíduos do sexo masculino com início da POC durante a infância. Estes indivíduos tendem a distinguir-se dos que não têm história de perturbação de tiques nos temas dos seus sintomas de POC, comorbilidade, curso e padrão de transmissão familiar. A tríade constituída por POC, perturbação de tiques e perturbação de hiperactividade/défice de atenção também pode ser vista em crianças.

As perturbações que ocorrem com maior frequência em indivíduos com POC do que nos que não têm a perturbação incluem várias perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas, tais como a perturbação dismórfica corporal, a tricotilomania e a perturbação de escoriação. Finalmente, foi relatada uma associação entre POC e algumas perturbações caracterizadas por impulsividade, como a perturbação desafiante de oposição.

Com base na sua prevalência na população geral, a POC é também muito mais comum do que seria expectável em indivíduos com outras perturbações. Quando uma dessas perturbações é diagnosticada, o indivíduo deve ser avaliado também para POC. Por exemplo, em indivíduos com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva, a prevalência da POC é de aproximadamente 12%. As taxas de POC são também elevadas na perturbação bipolar; perturbações alimentares, tais como anorexia nervosa e bulimia nervosa; e síndrome de Tourette.

Perturbação Dismórfica Corporal

Critérios de Diagnóstico 300.7 (F45.22)

A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou parecem ligeiros aos outros.

B. Em algum momento durante o curso da perturbação, o indivíduo realizou comportamentos repetitivos (por exemplo, verificação ao espelho, autocuidado excessivo, escoriação da pele, procura de reasseguramento) ou atos mentais (por exemplo, comparar a sua aparência com a dos outros) em resposta às preocupações com a aparência.

C. A preocupação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento.

D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura corporal ou peso num indivíduo cujos sintomas cumprem critérios de diagnóstico para uma perturbação do comportamento alimentar.

Especificar se:

Com dismorfia muscular. O indivíduo está preocupado com a ideia de que a sua compleição corporal é demasiadamente pequena ou insuficientemente musculada. Este especificador é usado inclusive quando o indivíduo está preocupado com outras zonas do corpo, que é frequentemente o caso.

Especificar se:

Com *insight* bom ou razoável. O indivíduo reconhece que as crenças da perturbação dismórfica corporal são definitiva ou provavelmente falsas, ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com *insight* pobre. O indivíduo pensa que as crenças da perturbação dismórfica corporal são provavelmente verdadeiras.

Com *insight* ausente/crenças delirantes. O indivíduo está completamente convencido de que as crenças da perturbação dismórfica corporal são verdadeiras.

Características de Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação dismórfica corporal (anteriormente conhecida como dismorfofobia) estão preocupados com um ou mais defeitos ou falhas percebidos na sua aparência física, que eles creem ser feia, pouco atraente, anormal ou deformada (Critério A). As falhas percebidas não são observáveis ou parecem apenas ligeiras aos outros. As preocupações variam de parecer «pouco atraente» ou «não estar bem» até parecer «odioso» ou «como um monstro». As preocupações podem estar focadas numa ou em várias partes do corpo, mais comummente a pele (por exemplo, acne, cicatrizes, linhas, rugas ou palidez percebidos), cabelo (por exemplo, «enfraquecimento» do cabelo ou pelo corporal ou facial «excessivo») ou nariz (por exemplo, tamanho ou forma). No entanto, qualquer área do corpo pode ser o foco da preocupação (por exemplo, olhos, dentes, peso, barriga, mamas, pernas, tamanho ou forma da face, lábios, queixo, sobrancelhas, genitais). Alguns indivíduos estão preocupados com a assimetria percebida das áreas corporais. As preocupações são intrusivas, indesejadas, consumidoras de tempo (ocorrendo, em média, 3-8 horas por dia) e habitualmente difíceis de resistir ou controlar.

Comportamentos repetitivos ou atos mentais excessivos (por exemplo, comparar) são realizados em resposta a uma preocupação (Critério B). O indivíduo sente-se levado a realizar estes comportamentos, que não geram prazer e podem aumentar a ansiedade e a disforia. Tipicamente, são consumidores de tempo e são difíceis de resistir ou controlar. São comportamentos comuns o comparar a própria aparência com a de outros indivíduos; verificar repetidamente defeitos percebidos ao espelho ou noutras superfícies refletoras ou no exame direto das mesmas; autocuidado excessivo (por exemplo, pentear, arranjar, rapar, arrancar ou puxar cabelo); camuflar (por exemplo, aplicar repetidamente maquilhagem ou tapar zonas das quais não se gosta com chapéu, roupa, maquilhagem ou cabelo); procurar reasseguramento sobre qual a aparência das falhas percebidas; tocar zonas das quais não se gosta para as verificar; fazer exercício excessivo ou levantar pesos; e procurar procedimentos cosméticos. Alguns indivíduos bronzeiam-se excessivamente (por exemplo, para escurecer a pele «pálida» ou diminuir a acne percebida), mudam repetidamente de roupa (por exemplo, para camuflar defeitos percebidos) ou fazem compras compulsivamente (por exemplo, produtos de beleza). É comum a escoriação compulsiva da pele com o objetivo de melhorar defeitos percebidos da pele, podendo esta causar lesões da pele, infeções ou roturas de vasos sanguíneos. A preocupação tem de causar mal-estar clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C); habitualmente ambos estão presentes. A perturbação dismórfica corporal deve ser distinguida das perturbações alimentares.

A *dismorfia muscular,* uma forma de perturbação dismórfica corporal que ocorre quase exclusivamente em indivíduos do sexo masculino, consiste na preocupação sobre a ideia de

que o próprio corpo é demasiadamente pequeno ou insuficientemente magro ou musculado. Os indivíduos com esta forma da perturbação têm, na verdade, um corpo de aspeto normal ou até muito musculado. Também podem estar preocupados com outras zonas corporais, tais como a pele ou o cabelo. A maioria (mas não todos) faz excessivamente dieta, exercício e/ou levantamento de pesos, causando por vezes lesões corporais. Alguns usam esteroides anabólico-androgénicos e outras substâncias para tentar tornar o seu corpo maior e mais musculado. A *perturbação dismórfica corporal por procuração* é uma forma de perturbação dismórfica corporal na qual os indivíduos se preocupam com defeitos que percebem na aparência de outras pessoas.

O *insight* em relação às crenças da perturbação dismórfica corporal varia desde aúsente/ /delirante (isto é, crenças delirantes que consistem na convicção plena de que a visão que o próprio indivíduo tem da sua aparência é precisa e não distorcida). Em média, o *insight* é pobre; um terço ou mais dos indivíduos tem crenças de perturbação dismórfica corporal delirante. Indivíduos com perturbação dismórfica corporal delirante tendem a ter maior morbilidade em algumas áreas (por exemplo, suicídio), mas isso parece ser atribuível à sua tendência para ter sintomas de perturbação dismórfica corporal mais graves.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Muitos indivíduos com perturbação dismórfica corporal têm ideias ou delírios de referência, acreditando que as outras pessoas lhes dão uma especial atenção ou que as gozam por causa da sua aparência. A perturbação dismórfica corporal associa-se a níveis elevados de ansiedade, ansiedade social, evitamento social, humor deprimido, neuroticismo e perfecionismo, bem como baixa extroversão e baixa autoestima. Muitos indivíduos têm vergonha da sua aparência e de se focarem excessivamente na sua aparência, e têm relutância em revelar as suas preocupações aos outros. A maioria dos indivíduos recebe tratamentos cosméticos na tentativa de melhorar os seus defeitos percebidos. Tratamentos dermatológicos e cirurgias são os mais comuns, mas qualquer tipo (por exemplo, dental, eletrólise) pode ser realizado. Ocasionalmente, os indivíduos podem realizar a cirurgia a si próprios. A perturbação dismórfica corporal parece responder pouco a esses tratamentos e por vezes sofre um agravamento. Alguns indivíduos tomam ações legais ou são violentos contra o clínico porque ficam insatisfeitos com o resultado dos procedimentos cosméticos.

A perturbação dismórfica corporal foi associada a disfunção executiva e a anomalias do processamento visual, com viés para a análise e codificação de pormenores, em vez de aspetos holísticos ou de configuração dos estímulos visuais. Os indivíduos com esta perturbação tendem a ter um viés para as interpretações negativas e ameaçadoras das expressões faciais e cenários ambíguos.

Prevalência

A prevalência pontual entre a população adulta dos EUA é de 2,4% (2,5% no sexo feminino e 2,2% no sexo masculino). Fora dos EUA (ou seja, Alemanha), a prevalência é de aproximadamente 1,7%-1,8% com distribuição de género semelhante à dos EUA. A prevalência é de 9%-15% entre pacientes dermatológicos, 7%-8% entre pacientes de cirurgia cosmética nos EUA, 3%-16% entre pacientes de cirurgia cosmética internacionalmente (maioria dos estudos), 8% entre pacientes adultos de ortodontia e 10% entre os pacientes que se apresentam para cirurgia oral ou maxilofacial.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de início da perturbação é 16-17 anos, a idade mediana de início é 15 anos e a idade mais comum de início é 12-13 anos. Em dois terços dos indivíduos, a perturbação tem início antes dos 18 anos. Os sintomas subclínicos da perturbação dismórfica corporal começam, em média, aos 12 ou 13 anos. As preocupações subclínicas habitualmente evoluem gradualmente até à patologia completa, apesar de alguns indivíduos experimentarem um início abrupto da perturbação dismórfica corporal. A perturbação parece habitualmente ser crónica, embora haja uma melhoria provável quando são realizados tratamentos que se baseiam na evidência. As características clínicas da perturbação parecem ser, de uma forma geral, semelhantes em crianças/adolescentes e adultos. A perturbação dismórfica corporal ocorre em idosos, mas pouco se sabe sobre a perturbação neste grupo etário. Indivíduos com o início da perturbação antes dos 18 anos têm maior probabilidade de tentar o suicídio, mais comorbilidades e um início gradual da perturbação (em vez de agudo) do que os que têm perturbação dismórfica corporal de início na idade adulta.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A perturbação dismórfica corporal foi associada a elevadas taxas de negligência e abuso na infância.

Genéticos e fisiológicos. A prevalência de perturbação dismórfica corporal é elevada em familiares de primeiro grau de indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva (POC).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação dismórfica corporal foi reportada a nível internacional. Aparentemente, a perturbação tem mais semelhanças do que diferenças entre raças e culturas, mas os valores culturais e as preferências podem, em certo grau, influenciar o conteúdo dos sintomas. *Taijin kyofusho,* incluído no sistema de diagnóstico tradicional japonês, tem um subtipo semelhante à perturbação dismórfica corporal: *shubo-kyofu* («a fobia de um corpo deformado»).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Indivíduos do sexo feminino e masculino parecem ter mais semelhanças do que diferenças no que toca à maioria das características clínicas – por exemplo, zonas do corpo de que não se gosta, tipos de comportamento repetitivos, gravidade de sintomas, suicidalidade, comorbilidades, curso da doença e realização de procedimentos cosméticos para a perturbação dismórfica corporal. No entanto, os indivíduos do sexo masculino têm mais provavelmente preocupações genitais e os do sexo feminino têm mais provavelmente uma perturbação alimentar comórbida. A dismorfia muscular ocorre quase exclusivamente em indivíduos do sexo masculino.

Risco de Suicídio

As taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio são elevadas tanto em adultos como em crianças/adolescentes com perturbação dismórfica corporal. Além disso, o risco de suicídio parece ser elevado em adolescentes. Uma proporção substancial de indivíduos atribui a ideação suicida ou as tentativas de suicídio em primeiro lugar às suas preocupações com a aparência. Indivíduos com perturbação dismórfica corporal têm muitos fatores de risco para suicídio consumado, nomeadamente elevadas taxas de ideação suicida e de tentativa

de suicídio, características demográficas associadas ao suicídio e elevadas taxas de comorbilidade com perturbação depressiva major.

Consequências Funcionais da Perturbação Dismórfica Corporal

Praticamente todos os indivíduos com perturbação dismórfica corporal experimentam um comprometimento do funcionamento psicossocial devido às suas preocupações com a aparência. O comprometimento pode variar de moderado (por exemplo, evitamento de algumas situações sociais) a extremo e incapacitante (por exemplo, isolamento completo em casa). Em média, o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida estão marcadamente diminuídos. Sintomas mais graves de perturbação dismórfica corporal estão associados a pior funcionamento e qualidade de vida. A maioria dos indivíduos experimenta um comprometimento laboral, académico ou de desempenho de papéis (por exemplo, como pai ou cuidador) que é frequentemente grave (por exemplo, desempenho diminuído, faltar à escola ou ao trabalho, não ter trabalho). Cerca de 20% dos jovens com perturbação dismórfica corporal relatam abandono escolar principalmente devido aos sintomas da perturbação dismórfica corporal. É comum haver compromisso do funcionamento social (por exemplo, atividades sociais, relacionamentos, intimidade), incluindo evitamento. Os indivíduos podem estar isolados em casa por causa dos seus sintomas de perturbação dismórfica corporal, por vezes durante anos. Uma elevada proporção de adultos e adolescentes é hospitalizada na psiquiatria.

Diagnóstico Diferencial

Preocupações normais com a aparência e defeitos físicos claramente percetíveis. A perturbação dismórfica corporal difere das preocupações normais com a aparência ao ser caracterizada por preocupações excessivas relacionadas com a aparência e por comportamentos repetitivos consumidores de tempo, habitualmente difíceis de resistir ou de controlar e que causam mal-estar significativo ou comprometem o funcionamento. Os defeitos físicos que são claramente percetíveis (isto é, que não são ligeiros) não são diagnosticados como perturbação dismórfica corporal. No entanto, a escoriação da pele como sintoma da perturbação dismórfica corporal pode causar lesões cutâneas e cicatrizes visíveis; nesses casos, deve ser diagnosticada perturbação dismórfica corporal.

Perturbações alimentares. Num indivíduo com uma perturbação alimentar, as preocupações sobre ser gordo são consideradas um sintoma de perturbação alimentar e não de perturbação dismórfica corporal. As perturbações alimentares e a perturbação dismórfica corporal podem ser comórbidas, sendo que nesse caso ambas devem ser diagnosticadas.

Outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas. As preocupações e comportamentos repetitivos da perturbação dismórfica corporal diferem das obsessões e compulsões da POC uma vez que na primeira o foco está apenas na aparência. Estas perturbações têm outras diferenças, nomeadamente um *insight* mais pobre na perturbação dismórfica corporal. Quando a escoriação da pele tem como objetivo melhorar a aparência de defeitos cutâneos percebidos, deve ser diagnosticada a perturbação dismórfica corporal e não a perturbação de escoriação. Quando a remoção de cabelo/pelo (arrancar, puxar ou outros tipos de remoção) tem como objetivo melhorar defeitos percebidos na aparência do pelo facial ou corporal, deve ser diagnosticada a perturbação dismórfica corporal e não tricotilomania.

Perturbação de ansiedade de doença. Indivíduos com perturbação dismórfica corporal não estão preocupados com a possibilidade de ter ou adquirir uma doença grave e não têm níveis particularmente elevados de somatização.

Perturbação depressiva major. A preocupação proeminente com a aparência e os comportamentos repetitivos excessivos na perturbação dismórfica corporal diferenciam-na da perturbação depressiva major. No entanto, a perturbação depressiva major e os sintomas depressivos são comuns em indivíduos com perturbação dismórfica corporal, frequentemente parecendo secundários ao mal-estar e comprometimento causados pela perturbação dismórfica corporal. A perturbação dismórfica corporal deve ser diagnosticada em indivíduos deprimidos se os critérios para perturbação dismórfica corporal forem cumpridos.

Perturbações de ansiedade. Ansiedade social e evitamento são comuns na perturbação dismórfica corporal. No entanto, ao contrário do que acontece na perturbação de ansiedade social (fobia social), agorafobia e perturbação evitante da personalidade, a perturbação dismórfica corporal inclui preocupações proeminentes relacionadas com a aparência, podendo estas ser delirantes, e comportamentos repetitivos, sendo a ansiedade social e o evitamento devidos a preocupações sobre defeitos percebidos na aparência e a crença ou medo de que as outras pessoas os considerem feios, ridicularizem ou os rejeitem por causa das suas características físicas. Ao contrário do que acontece na perturbação de ansiedade generalizada, a ansiedade e a preocupação na perturbação dismórfica corporal foca-se nas falhas percebidas na aparência.

Perturbações psicóticas. Muitos indivíduos com perturbação dismórfica corporal têm crenças delirantes de aparência (ou seja, convicção completa de que a sua visão dos defeitos percebidos é exata) que são diagnosticadas como perturbação dismórfica corporal, com *insight* ausente/crenças delirantes, e não como uma perturbação delirante. As ideias relacionadas com a aparência ou delírios de referência são comuns na perturbação dismórfica corporal. No entanto, ao contrário da esquizofrenia ou da perturbação esquizoafetiva, a perturbação dismórfica corporal envolve preocupações proeminentes com a aparência e comportamentos repetitivos relacionados, estando ausente o comportamento desorganizado ou outros sintomas psicóticos (exceto para crenças sobre a aparência, as quais podem ser delirantes).

Outras perturbações e sintomas. A perturbação dismórfica corporal não deve ser diagnosticada se a preocupação está limitada ao desconforto ou desejo de se ver livre dos seus caracteres sexuais primários e/ou secundários num indivíduo com disforia de género, ou se a preocupação está focada na crença de que se emite um odor corporal nauseabundo ou desagradável como na síndrome de referência olfativa (que não é uma perturbação do DSM-5). A perturbação de integridade da identidade corporal (apotemnofilia) (que não é uma perturbação do DSM-5) envolve um desejo de ter um membro amputado para corrigir a experiência de falta de correspondência entre o sentido de integridade corporal da pessoa e a sua anatomia efetiva. No entanto, a preocupação não se foca na aparência do membro, como aconteceria na perturbação dismórfica corporal. *Koro*, uma perturbação relacionada com a cultura que ocorre habitualmente em epidemias no Sudeste asiático, consiste no medo de que o pénis (lábios vaginais, mamilos ou mamas, no sexo feminino) esteja a diminuir ou a retrair-se e que desapareça para dentro do abdómen, o que é frequentemente acompanhado da crença de que isso resultará na morte. *Koro* difere da perturbação dismórfica corporal em vários aspetos, incluindo o foco na morte em vez de na preocupação com a fealdade percebida. *Preocupação dismórfica* (que não é uma perturbação do DSM-5) é um constructo muito mais alargado do que a perturbação dismórfica corporal e que não

lhe equivale. Envolve sintomas que refletem uma preocupação excessiva com falhas ligeiras ou imaginadas da aparência.

Comorbilidades

A perturbação depressiva major é a perturbação comórbida mais comum, com um início que ocorre habitualmente depois do início da perturbação dismórfica corporal. A perturbação de ansiedade social (fobia social), a POC e as perturbações relacionadas com substâncias também são comuns.

Perturbação de Acumulação

Critérios de Diagnóstico 300.3 (F42)

A. Dificuldade persistente em descartar ou separar-se dos seus bens, independentemente do seu valor real.
B. A dificuldade é devida a uma necessidade percebida de guardar itens e ao mal-estar associado a descartá-los.
C. A dificuldade em descartar bens resulta na acumulação de bens que congestionam e desarrumam áreas úteis ativas e comprometem substancialmente o uso para o qual foram projetadas. Se as áreas não estão desarrumadas é apenas pela intervenção de terceiros (por exemplo, membros da família, empregados de limpeza, autoridades).
D. A acumulação causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para o próprio e para os outros).
E. A acumulação não é atribuível a outra condição médica (por exemplo, lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader Willi).
F. A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outra perturbação mental (por exemplo, obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, diminuição da energia na perturbação depressiva major, delírios na esquizofrenia ou noutras perturbações psicóticas, défices cognitivos na perturbação cognitiva major, interesses restritos na perturbação do espectro do autismo).

Especificar se:

Com aquisição excessiva. Se a dificuldade em descartar os bens é acompanhada de aquisição excessiva de itens que não são necessários e para os quais não há espaço disponível.

Especificar se:

Com *insight* bom ou razoável. O indivíduo reconhece que as crenças e os comportamentos relacionados com a acumulação (no que diz respeito à dificuldade em descartar itens, desarrumar ou adquirir excessivamente) são problemáticos.

Com *insight* pobre. O indivíduo está em grande medida convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados com a acumulação (no que diz respeito a dificuldade em descartar itens, desarrumar ou adquirir excessivamente) não são problemáticos apesar de existir evidência em contrário.

Com *insight* ausente/crenças delirantes. O indivíduo está completamente convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados com a acumulação (no que diz respeito a dificuldade em descartar itens, desarrumar ou adquirir excessivamente) não são problemáticos apesar de existir evidência em contrário.

Especificadores

Com aquisição excessiva. Aproximadamente 80%-90% dos indivíduos com perturbação de acumulação apresentam aquisição excessiva. A forma mais frequente de aquisição excessiva são as compras excessivas, seguida da aquisição de itens gratuitos (por exemplo, panfletos, itens descartados pelos outros). O furto é menos comum. Alguns indivíduos podem negar a aquisição excessiva na primeira avaliação, embora possam vir a reconhecê-la posteriormente durante o curso do tratamento. Tipicamente, os indivíduos com perturbação de acumulação experienciam mal-estar se não puderem ou forem impedidos de adquirir itens.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de acumulação é a dificuldade persistente em descartar ou separar-se de bens, independentemente do seu valor real (Critério A). O termo *persistente* indica uma dificuldade mantida, em vez de uma circunstância de vida mais transitória, que possa levar a desarrumação excessiva como, por exemplo, herdar propriedades. A dificuldade em descartar bens a que alude o Critério A refere-se a qualquer forma de descarte, incluindo deitar fora, vender, dar ou reciclar. As principais razões dadas para estas dificuldades são a utilidade percebida ou o valor estético dos itens ou uma forte ligação sentimental aos bens. Alguns indivíduos sentem-se responsáveis pelo destino dos seus bens e, muitas vezes, fazem grandes esforços para evitar desperdiçar. O medo de perder informação importante também é comum. Os itens mais comummente guardados são jornais, revistas, roupas antigas, malas, livros, correio e documentos, mas virtualmente qualquer item pode ser guardado. A natureza dos itens não se limita a bens que a maioria das pessoas definiria como inúteis ou de valor limitado. Muitos indivíduos recolhem e guardam um grande número de coisas valiosas também, que são muitas vezes encontradas em pilhas misturadas com outros itens de menos valor.

Os indivíduos com perturbação de acumulação guardam as posses propositadamente e experienciam mal-estar quando são confrontados com a possibilidade de descartá-los (Critério B). Este critério enfatiza que o facto de guardar bens é intencional, distinguindo a perturbação de acumulação de outras formas de psicopatologia que são caracterizadas pela acumulação passiva de itens ou pela ausência de mal-estar quando os bens são removidos.

Os indivíduos acumulam um grande número de itens que congestionam e desarrumam áreas úteis ativas ao ponto de o uso para o qual foram projetadas já não ser possível (Critério C). Por exemplo, o indivíduo pode não ser capaz de cozinhar na cozinha, dormir na sua cama ou sentar-se numa cadeira. Se o espaço puder ser usado, isso acontece com grande dificuldade. *Desarrumar* é definido como um grupo de objetos não relacionados ou relacionados apenas marginalmente, empilhados de forma desorganizada em espaços concebidos para outras funções (por exemplo, mesas, chão, corredores). O Critério C enfatiza as áreas úteis «ativas» da casa, em vez de áreas mais periféricas, como garagens, sótãos ou caves, que por vezes estão desarrumadas nas casas de indivíduos sem perturbação de acumulação. No entanto, indivíduos com perturbação de acumulação têm frequentemente bens que invadem áreas úteis ativas da casa e podem ocupar e comprometer o uso de outros espaços tais como veículos, jardins, locais de trabalho e casas de amigos e familiares. Nalguns casos, as áreas úteis podem não estar desarrumadas graças à intervenção de terceiros. A perturbação de acumulação contrasta com o comportamento colecionista normativo, que é organizado e sistemático, mesmo que em alguns casos a quantidade efetiva de bens

possa ser semelhante à que é acumulada pelo indivíduo com perturbação de acumulação. O colecionismo normativo não produz desarrumação, mal-estar ou os défices típicos da perturbação de acumulação.

Os sintomas (ou seja, dificuldades em descartar e/ou desarrumação) têm de causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, incluindo a manutenção de um ambiente seguro para o próprio e para os outros (Critério D). Nalguns casos, particularmente quando o *insight* é pobre, o indivíduo pode não referir mal-estar e o comprometimento pode ser notório apenas para os que lhe estão próximos. No entanto, quaisquer tentativas de terceiros em descartar ou remover bens resultam em níveis elevados de mal-estar.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Outras características comuns da perturbação de acumulação incluem indecisão, perfecionismo, evitamento, procrastinação, dificuldade no planeamento e organização de tarefas e distratibilidade. Alguns indivíduos com perturbação de acumulação vivem sem condições sanitárias que podem ser a consequência lógica da desarrumação grave dos espaços e/ou estar relacionadas com dificuldades no planeamento e organização. A *acumulação de animais* pode ser definida como acumulação de um grande número de animais e uma incapacidade de providenciar níveis mínimos de nutrição, higiene e cuidados veterinários, bem como de atuar quando se deterioram as condições dos animais (incluindo doenças, fome ou morte) e do ambiente (por exemplo, sobrepopulação grave, ausência grave de condições sanitárias). A acumulação de animais pode ser uma manifestação especial da perturbação de acumulação. A maioria dos indivíduos que acumula animais também acumula objetos inanimados. As diferenças mais evidentes entre a acumulação de animais e de objetos são a gravidade das condições sanitárias e o *insight* mais pobre na acumulação animal.

Prevalência

Não estão disponíveis estudos de prevalência da perturbação de acumulação que sejam representativos a nível nacional. Inquéritos comunitárias estimam que a prevalência pontual de acumulação clinicamente significativa nos EUA e Europa seja de aproximadamente 2%-6%. A perturbação de acumulação afeta tanto indivíduos do sexo masculino como do feminino, mas alguns estudos epidemiológicos reportaram uma prevalência significativamente maior no sexo masculino. Estes dados contrastam com os de amostras clínicas, nos quais predomina o sexo feminino. Sintomas de acumulação parecem ser pelo menos três vezes mais prevalentes em adultos mais velhos (idades entre 55 e 94 anos) comparativamente com adultos mais jovens (idades entre 34 e 44 anos).

Desenvolvimento e Curso

A acumulação parece começar em fases iniciais da vida, estendendo-se até às fases mais tardias. Os sintomas de acumulação podem emergir inicialmente cerca dos 11-15 anos, começar a interferir com o funcionamento diário do indivíduo pelos meados da terceira década de vida e causar défices clinicamente significativos pelos meados da quarta década. Os participantes em estudos de investigação clínica encontram-se habitualmente na faixa dos 50 anos. Assim, a gravidade da acumulação aumenta com cada década de vida. Uma vez iniciados os sintomas, o curso da acumulação é muitas vezes crónico, havendo

uma minoria de indivíduos a relatar um curso flutuante com melhorias e agravamentos dos sintomas.

A acumulação patológica em crianças parece ser facilmente distinguível de comportamentos de acumulação adaptativos do desenvolvimento e dos comportamentos colecionistas. Uma vez que as crianças e adolescentes tipicamente não controlam o seu ambiente de vida e comportamentos de descarte, a possível intervenção de terceiros (por exemplo, pais que mantêm os espaços utilizáveis, reduzindo assim a interferência) deve ser considerada quando se faz um diagnóstico.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. A indecisão é um aspeto proeminente dos indivíduos com perturbação de acumulação e dos seus familiares de primeiro grau.

Ambientais. Com frequência, indivíduos com perturbação de acumulação relatam retrospetivamente acontecimentos de vida ansiogénicos e traumáticos que precedem o início da perturbação ou causam a sua exacerbação.

Genéticos e fisiológicos. O comportamento de acumulação é familiar. Cerca de 50% dos indivíduos que acumulam relatam a existência de um familiar que também acumula. Estudos em gémeos indicam que aproximadamente 50% da variabilidade no comportamento de acumulação é atribuível a fatores genéticos aditivos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Embora grande parte da investigação tenha sido realizada em países ocidentais industrializados e em comunidades urbanas, os dados disponíveis dos países não ocidentais e em desenvolvimento sugerem que a acumulação é um fenómeno universal com características clínicas consistentes.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As características-chave da perturbação de acumulação (ou seja, dificuldades em descartar, desarrumação excessiva) são globalmente comparáveis em indivíduos dos sexos masculino e feminino, embora no sexo feminino tenda a existir mais aquisição excessiva, particularmente compras excessivas, do que no sexo masculino.

Consequências Funcionais da Perturbação de Acumulação

A desarrumação compromete as atividades básicas, tais como movimentar-se pela casa, cozinhar, fazer limpezas, fazer a higiene pessoal e até dormir. Os eletrodomésticos podem estar avariados e serviços como o da água e da eletricidade podem estar desligados, uma vez que o acesso para reparações pode ser difícil. Muitas vezes, a qualidade de vida está consideravelmente comprometida. Em casos graves, a acumulação pode pôr indivíduos em risco de incêndio, queda (sobretudo em indivíduos mais velhos), saneamento insuficiente e outros riscos para a saúde. A perturbação de acumulação está associada a comprometimento ocupacional, saúde física diminuída e elevada utilização do serviço social. As relações familiares estão frequentemente sob grande tensão. Conflitos com os vizinhos e as autoridades locais são comuns e uma proporção substancial de indivíduos com perturbação de acumulação grave esteve envolvida em processos legais de despejo, tendo alguns deles história de despejo.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. A perturbação de acumulação não é diagnosticada se se considerar que os sintomas são uma consequência direta de outra condição médica (Critério E), nomeadamente lesão cerebral traumática, ressecção cirúrgica para tratamento de um tumor ou para controlo de convulsões, doença cerebrovascular, infeções do sistema nervoso central (por exemplo, encefalite devida a herpes simples) ou condições neurogénicas como a síndrome de Prader-Willi. Lesões nos córtices ventromedial prefrontal anterior e cingulado foram particularmente associadas a acumulação excessiva de objetos. Nestes indivíduos, o comportamento de acumulação não está presente antes da ocorrência da lesão cerebral e aparece pouco depois de esta ocorrer. Alguns destes indivíduos parecem ter pouco interesse nos objetos acumulados e são capazes de descartá-los facilmente ou não se importam que outros os descartem, enquanto outros parecem ser muito relutantes a descartar qualquer um deles.

Perturbações do neurodesenvolvimento. A perturbação de acumulação não é diagnosticada se se considerar que a acumulação de objetos é uma consequência direta de uma perturbação do neurodesenvolvimento, como uma perturbação do espectro do autismo ou incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual).

Perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. A perturbação de acumulação não é diagnosticada se se considerar que a acumulação de objetos é uma consequência direta de delírios ou sintomas negativos das perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Episódio depressivo major. A perturbação de acumulação não é diagnosticada se se considerar que a acumulação de objetos é uma consequência direta da lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia durante um episódio depressivo major.

Perturbação obsessivo-compulsiva. A perturbação de acumulação não é diagnosticada se se considerar que os sintomas são uma consequência direta de obsessões ou compulsões típicas, nomeadamente medos de contaminação, violência ou sentimentos de incompletude da perturbação obsessivo-compulsiva (POC). Os sentimentos de incompletude (por exemplo, perder a própria identidade ou ter que documentar e preservar todas as experiências de vida) são os sintomas de POC que mais frequentemente se associam a esta forma de acumulação. A acumulação de objetos pode resultar também do evitamento persistente de rituais onerosos (por exemplo, não descartar objetos de forma a evitar rituais infindáveis de lavagem ou verificação).

Na POC, o comportamento é em geral indesejado e altamente angustiante, e o indivíduo não experiencia prazer ou recompensa do mesmo. A aquisição excessiva em regra não está presente; se a aquisição excessiva estiver presente, os itens são adquiridos a propósito de uma obsessão específica (por exemplo, a necessidade de comprar itens que tenham sido acidentalmente tocados de forma a evitar a contaminação de outras pessoas), e não por um desejo genuíno de possuir os itens. Os indivíduos que acumulam no contexto da POC têm maior probabilidade de acumular itens bizarros, como lixo, fezes, urina, unhas, cabelo, fraldas usadas ou comida estragada. A acumulação de tais itens é muito pouco frequente na perturbação de acumulação.

Quando a acumulação surge em simultâneo com outros sintomas típicos de POC, mas se considera ser independente destes sintomas, tanto a perturbação de acumulação como a POC podem ser diagnosticadas.

Perturbações neurocognitivas. A perturbação de acumulação não é diagnosticada se se considerar que a acumulação de objetos é uma consequência direta de uma perturbação degenerativa, nomeadamente a perturbação neurocognitiva associada a degeneração lobar frontotemporal ou doença de Alzheimer. Tipicamente, o início do comportamento de acumulação é gradual e ocorre posteriormente à perturbação neurocognitiva. O comportamento de acumulação pode ser acompanhado de negligência com o próprio e sujidade doméstica grave, ao lado de outros sintomas neuropsiquiátricos, como desinibição, jogo patológico, rituais/estereotipias, tiques e comportamentos autolesivos.

Comorbilidades

Aproximadamente 75% dos indivíduos com perturbação de acumulação têm uma perturbação de humor ou de ansiedade comórbida. As condições comórbidas mais comuns são a perturbação depressiva major (até 50% dos casos), perturbação de ansiedade social (fobia social) e perturbação de ansiedade generalizada. Aproximadamente 20% dos indivíduos com perturbação de acumulação também têm sintomas que cumprem critérios de POC. Muitas vezes, estas comorbilidades podem ser a razão principal para consultar o médico, uma vez que é pouco provável que os indivíduos relatem espontaneamente os sintomas de acumulação, além de que nas entrevistas clínicas de rotina é frequente não se indagar sobre a existência destes sintomas.

Tricotilomania

Critérios de Diagnóstico 312.39 (F63.3)

A. Arrancamento recorrente do próprio cabelo/pelo, resultando em perda capilar/pilosa.
B. Tentativas repetidas de diminuir ou de parar o arrancamento de cabelo/pelo.
C. O arrancamento de cabelo/pelo causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. O arrancamento ou perda de cabelo/pelo não é atribuível a outra condição médica (por exemplo, uma condição dermatológica).
E. O arrancamento de cabelo/pelo não é mais bem explicado pelos sintomas de outra perturbação mental (por exemplo, tentativas de melhorar um defeito ou falha percebidos na aparência da perturbação dismórfica corporal).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da tricotilomania (*hair-pulling disorder*) é o arrancamento recorrente do próprio cabelo/pelo (Critério A). O arrancamento de cabelo/pelo pode ocorrer em qualquer região do corpo em que cresça cabelo/pelo. Os sítios mais comuns são o couro cabeludo, as sobrancelhas e as pálpebras, enquanto os sítios menos comuns são as regiões axilar, facial, púbica e perirretal. Os sítios de arrancamento de cabelo/pelo podem variar ao longo do tempo. O arrancamento de cabelo/pelo pode ocorrer em episódios breves dispersos ao longo do dia ou durante períodos menos frequentes mas mais sustentados que podem durar horas, podendo tal comportamento durar meses ou anos. O Critério A requer que o arrancamento de cabelo/pelo conduza à perda de cabelo/pelo, apesar de os indivíduos com

esta perturbação poderem arrancar cabelo/pelo num padrão amplamente distribuído (isto é, arrancar cabelos/pelos individuais de todas as localizações) de forma a que a perda de cabelo/pelo possa não ser claramente visível. Em alternativa, os indivíduos podem tentar esconder ou camuflar a perda de cabelo/pelo (por exemplo, usando maquilhagem, lenços ou perucas). Os indivíduos com tricotilomania fizeram tentativas repetidas para diminuir ou parar o arrancamento de cabelo/pelo (Critério B). O Critério C indica que o arrancamento de cabelo/pelo causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento. O termo *mal estar* inclui afetos negativos que podem ser experienciados como um sentimento de perda de controlo, embaraço ou vergonha pelos indivíduos com arrancamento de cabelo/pelo. Podem ocorrer défices significativos em várias áreas diferentes do funcionamento (por exemplo, social, ocupacional, académico e de lazer), em parte devido ao evitamento do trabalho, da escola ou de outras situações públicas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O arrancamento de cabelo/pelo pode ser acompanhado por uma variedade de comportamentos ou rituais envolvendo o cabelo/pelo. Assim, os indivíduos podem procurar um tipo específico de cabelo/pelo para arrancar (por exemplo, com uma textura ou cor específica), podem tentar arrancar cabelo/pelo de uma maneira específica (por exemplo, de forma a que a raiz saia intacta) ou podem examinar visualmente ou manipular tátil ou oralmente o cabelo/pelo depois de ter sido arrancado (por exemplo, rolando o cabelo/pelo entre os dedos, passando os fios por entre os dentes, mordendo o cabelo/pelo cortando-o em pedaços ou engolindo o cabelo/pelo).

O arrancamento de cabelo/pelo pode também ser precedido ou acompanhado de vários estados emocionais. Pode ser desencadeado por sentimentos de ansiedade ou tédio, pode ser precedido por uma sensação crescente de tensão (imediatamente antes de arrancar o cabelo/pelo ou quando tenta resistir ao impulso de o arrancar) ou pode levar a gratificação, prazer ou a uma sensação de alívio quando o cabelo/pelo é arrancado. O comportamento de arrancamento de cabelo/pelo pode envolver vários graus de consciência, apresentando alguns indivíduos a atenção mais focada no arrancamento de cabelo/pelo (com tensão precedente e alívio subsequente) e outros indivíduos apresentando um comportamento mais automático (no qual o arrancamento de cabelo/pelo parece ocorrer sem consciência completa). Muitos indivíduos relatam um misto de ambos os estilos comportamentais. Alguns indivíduos experienciam uma sensação de comichão ou formigueiro no escalpe que é aliviado pelo ato de arrancar cabelo/pelo. A dor não acompanha habitualmente o arrancamento de cabelo/pelo.

Os padrões de perda de cabelo/pelo são muito variáveis. São comuns zonas de alopecia completa, bem como zonas de densidade capilar/pilosa diminuída. Quando o escalpe está envolvido, pode haver uma predileção pelo arrancamento de cabelo nas regiões póstero-superior ou parietais. Pode existir um padrão de calvície quase completa excetuando um fino perímetro à volta das margens exteriores do couro cabeludo, particularmente na nuca («tricotilomania em forma de tonsura»). As sobrancelhas e as pestanas podem estar completamente ausentes.

O arrancamento de cabelo/pelo habitualmente não ocorre na presença de outros indivíduos, exceto familiares imediatos. Alguns indivíduos têm impulsos para arrancar cabelo/pelo de outros indivíduos e por vezes tentam encontrar oportunidades para fazê-lo sub-repticiamente. Alguns indivíduos podem arrancar pelo de animais, bonecos ou outros materiais fibrosos (por exemplo, camisolas ou carpetes). Alguns indivíduos podem negar o seu

comportamento perante os outros. A maioria dos indivíduos com tricotilomania também tem um ou mais comportamentos repetitivos focados no corpo, incluindo escoriação, roer as unhas e morder os lábios.

Prevalência

Na população geral, a prevalência anual estimada de tricotilomania em adultos e adolescentes é de 1%-2%. Indivíduos do sexo feminino são mais vezes afetados do que os do sexo masculino, numa razão aproximada de 1:10. Esta estimativa provavelmente reflete uma procura de tratamento diferente com base em atitudes relativas à aparência ligadas à cultura ou ao género (por exemplo, aceitação da perda de cabelo normativa entre os indivíduos do sexo masculino). Entre as crianças com tricotilomania, os sexos masculino e feminino são representados de modo mais semelhante.

Desenvolvimento e Curso

O arrancamento de cabelo/pelo pode ser visto em crianças e esse comportamento tipicamente desaparece durante estádios precoces do desenvolvimento. Na tricotilomania, o início do arrancamento de cabelo/pelo mais comummente coincide ou acompanha o início da puberdade. Os sítios de arrancamento de cabelo/pelo podem variar ao longo do tempo. O curso habitual da tricotilomania é crónica, com flutuação entre melhoria e agravamento se a perturbação não for tratada. É possível que os sintomas possam agravar-se em indivíduos do sexo feminino acompanhando alterações hormonais (por exemplo, menstruação, perimenopausa). Em alguns indivíduos, a perturbação pode, de cada vez, ir e vir por semanas, meses ou anos. Uma minoria de indivíduos entra em remissão sem recidiva subsequente poucos anos após o início da perturbação.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Há evidência de uma vulnerabilidade genética para tricotilomania. A perturbação é mais comum em indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e seus familiares de primeiro grau do que na população geral.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A tricotilomania parece manifestar-se de forma semelhante entre várias culturas, apesar da escassez de dados sobre regiões não ocidentais.

Marcadores de Diagnóstico

A maioria dos indivíduos com tricotilomania admite arrancar cabelos/pelos. Assim, raramente são necessários diagnósticos dermatopatológicos. A biopsia de pele e a dermatoscopia (ou tricoscopia) da tricotilomania conseguem diferenciar a perturbação de outras causas de alopecia. Na tricotilomania, a dermatoscopia mostra uma variedade de características, incluindo diminuição da densidade capilar/pilosa, cabelos/pelos curtos ou cabelos/pelos partidos com comprimentos da haste diferentes.

Consequências Funcionais da Tricotilomania

A tricotilomania está associada a mal-estar bem como a défices sociais e ocupacionais. Pode haver danos irreparáveis do crescimento e qualidade capilar/pilosa. Características médicas infrequentes da tricotilomania incluem púrpura digitiforme, lesão musculosquelética (por

exemplo, síndrome do túnel cárpico; dor de costas, ombro e pescoço), blefarite e lesão dentária (por exemplo, dentes gastos ou partidos devido a morder cabelo). Engolir cabelo (tricofagia) pode levar a tricobezoares, com anemia subsequente, dor abdominal, hematemese, náuseas e vómitos, obstrução intestinal e até perfuração.

Diagnóstico Diferencial

Remoção/manipulação de cabelo/pelo normativa. A tricotilomania não deve ser diagnosticada quando a remoção de cabelo/pelo é realizada apenas por razões cosméticas (isto é, para melhorar a própria aparência física). Muitos indivíduos torcem e brincam com o seu cabelo, mas este comportamento em regra não reúne os requisitos para o diagnóstico de tricotilomania. Alguns indivíduos podem morder em vez de arrancar o cabelo; mais uma vez, estes comportamentos não reúnem requisitos para o diagnóstico de tricotilomania.

Outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas. Indivíduos com POC e preocupações com simetria podem arrancar cabelo/pelo como parte dos seus rituais de simetria e indivíduos com perturbação dismórfica corporal podem remover pelo corporal que considerem feio, assimétrico ou anormal. Nestes casos, o diagnóstico de tricotilomania não é atribuído. A descrição de perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo noutras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas exclui indivíduos que cumprem critérios de diagnóstico de tricotilomania.

Perturbações do neurodesenvolvimento. Nas perturbações do neurodesenvolvimento, o arrancamento de cabelo/pelo pode cumprir a definição de estereotipias (por exemplo, na perturbação de movimentos estereotipados). Tiques (na perturbação de tiques) raramente levam a arrancamento de cabelo/pelo.

Perturbação psicótica. Indivíduos com uma perturbação psicótica podem remover cabelo/pelo em resposta a um delírio ou alucinação. A tricotilomania não é diagnosticada nesses casos.

Outra condição médica. A tricotilomania não é diagnosticada se o arrancamento ou a perda de cabelo/pelo é atribuível a outra condição médica (por exemplo, inflamação da pele ou outras condições dermatológicas). Outras causas de alopecia cicatricial (por exemplo, alopecia areata, alopecia androgénica, eflúvio telógeno) ou alopecia não cicatricial (por exemplo, lúpus eritematoso discoide crónico, líquen plano, alopecia cicatricial centrífuga central, pseudopelada, foliculite decalvante, foliculite dissecante, acne queloide da nuca) devem ser consideradas em indivíduos com perda de cabelo/pelo que neguem o arrancamento. A biopsia cutânea ou a dermatoscopia podem ser usadas para distinguir indivíduos com tricotilomania daqueles que têm perturbações dermatológicas.

Perturbações relacionadas com substâncias. Os sintomas de arrancamento de cabelo/pelo podem ser exacerbados por certas substâncias – por exemplo, estimulantes –, mas é menos provável que as substâncias sejam a causa primária do arrancamento persistente de cabelo/pelo.

Comorbilidades

A tricotilomania é com frequência acompanhada de outras perturbações mentais, mais comummente a perturbação depressiva major e a perturbação de escoriação (*skin-picking disorder*). Sintomas repetitivos centrados no corpo que não o arrancamento de cabelo/pelo e a escoriação (por exemplo, roer as unhas) ocorrem na maioria dos indivíduos com

tricotilomania e podem merecer um diagnóstico adicional de outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas (isto é, perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo).

Perturbação de Escoriação

Critérios de Diagnóstico 698.4 (L98.1)

A. Escoriação recorrente da pele resultando em lesões cutâneas.
B. Tentativas recorrentes para diminuir ou parar a escoriação da pele.
C. A escoriação da pele causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. A escoriação da pele não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou a outra condição médica (por exemplo, escabiose).
E. A escoriação da pele não é mais bem explicada pelos sintomas de outra perturbação mental (por exemplo, delírios ou alucinações táteis de uma perturbação psicótica, tentativas de melhorar um defeito ou falha percebidos na aparência da perturbação dismórfica corporal, estereotipias da perturbação de movimentos estereotipados ou intenção de magoar-se a si próprio da autolesão não suicida).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de escoriação é a escoriação recorrente da própria pele (Critério A). Os locais mais comummente escoriados são a face, braços e mãos, mas muitos indivíduos escoriam múltiplas regiões corporais. Os indivíduos podem escoriar pele saudável, pele com pequenas irregularidades, lesões como borbulhas ou calos ou crostas de escoriações prévias. A maioria dos indivíduos escoria com as próprias unhas, apesar de muitos usarem pinças, alfinetes e outros objetos. Além de escoriar, o indivíduo pode esfregar, espremer, lancetar ou morder a pele. Indivíduos com perturbação de escoriação gastam frequentemente quantidades significativas de tempo nos seus comportamentos de escoriação, por vezes durante várias horas por dia, podendo esse comportamento durar meses ou anos. O Critério A requer que a escoriação conduza a lesões cutâneas, apesar de os indivíduos com esta perturbação frequentemente tentarem esconder ou camuflar essas lesões (por exemplo, com maquilhagem ou roupa). Indivíduos com perturbação de escoriação fizeram tentativas repetidas de diminuir ou parar de escoriar (Critério B).

O Critério C indica que a escoriação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento. O termo mal-estar inclui afetos negativos que podem ser experienciados por indivíduos com escoriação da pele, como um sentimento de perda de controlo, embaraço ou vergonha. Pode ocorrer um comprometimento significativo em várias áreas diferentes do funcionamento (por exemplo, social, ocupacional, académico e de lazer), em parte pelo evitamento de situações sociais.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A escoriação da pele pode ser acompanhada de uma variedade de comportamentos ou rituais envolvendo pele ou crostas. Assim, os indivíduos podem procurar um tipo particular de crosta para arrancar e, depois de a pele ter sido arrancada, podem examiná-la, brincar com

ela ou colocá-la na boca ou engoli-la. A escoriação pode ser desencadeada por sentimentos de ansiedade ou tédio, precedida por uma sensação crescente de tensão (seja imediatamente antes de escoriar a pele ou quando tenta resistir ao impulso de a escoriar) ou levar a gratificação, prazer ou uma sensação de alívio quando a pele ou crosta é escoriada. Alguns indivíduos relatam que escoriam em resposta a uma pequena irregularidade cutânea ou para aliviar uma sensação corporal desconfortável. Os indivíduos não relatam, habitualmente, dor associada ao ato de escoriar a pele. Alguns indivíduos concentram-se na escoriação de forma mais empenhada (isto é, com tensão precedente e alívio subsequente), enquanto outros envolvem-se de forma mais automática (ou seja, quando a escoriação da pele parece ocorrer sem consciência completa) e muitos têm um misto de ambos os estilos de comportamento. A escoriação não ocorre habitualmente na presença de outros indivíduos, exceto familiares próximos. Alguns indivíduos relatam escoriar a pele de outros.

Prevalência

Na população geral, a prevalência ao longo da vida de perturbação de escoriação em adultos é 1,4% ou um pouco superior. Três quartos ou mais dos indivíduos com esta perturbação são do sexo feminino. Este dado reflete provavelmente a verdadeira razão entre géneros desta condição, embora também possa refletir uma procura de tratamento diferente com base em atitudes de género ou culturais relativas à aparência.

Desenvolvimento e Curso

Apesar de a perturbação de escoriação poder surgir em várias idades, a escoriação da pele tem início mais frequentemente durante a adolescência e em regra coincide ou segue-se ao início da puberdade. A perturbação começa muitas vezes com uma condição dermatológica, como a acne, por exemplo. Os locais de escoriação da pele podem variar ao longo do tempo. O curso habitual é crónico, com alguma flutuação entre melhoria e agravamento, se a perturbação não for tratada. Para alguns indivíduos, a perturbação pode, de cada vez, aparecer e desaparecer durante semanas, meses ou anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perturbação de escoriação é mais comum em indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e nos seus familiares de primeiro grau do que na população geral.

Marcadores de Diagnóstico

A maioria dos indivíduos com perturbação de escoriação admite a escoriação. Por isso, raramente são necessários diagnósticos dermatopatológicos. No entanto, a perturbação pode ter aspetos característicos na histopatologia.

Consequências Funcionais da Perturbação de Escoriação

A perturbação de escoriação está associada a mal-estar, bem como a défices social e ocupacional. A maioria dos indivíduos com esta condição passa pelo menos 1 hora por dia a escoriar, a pensar em escoriar e a resistir aos impulsos de escoriar a pele. Muitos indivíduos relatam evitamento social ou de eventos de entretenimento, bem como sair em público. A maioria dos indivíduos com esta perturbação relata também que a escoriação da pele interfere no trabalho de forma no mínimo diária ou semanal. Uma proporção significativa de

estudantes com perturbação de escoriação relata ter faltado à escola, ter sentido dificuldades na gestão das obrigações escolares ou ter tido dificuldades no estudo por causa da escoriação da pele. As complicações médicas da escoriação da pele incluem lesão tecidual, cicatrização e infeção e podem ser fatais. Raramente, foi reportada sinovite dos punhos devido ao escoriar crónico. A escoriação da pele resulta muitas vezes em lesão tecidual significativa e cicatrização. É com frequência requerido um tratamento antibiótico para a infeção e, ocasionalmente, pode ser necessária cirurgia.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação psicótica. A escoriação da pele numa perturbação psicótica pode ocorrer em resposta a um delírio (ou seja, parasitose) ou alucinação tátil (ou seja, formicação). Nesses casos, a perturbação de escoriação não deve ser diagnosticada.

Outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas. Compulsões de lavagem excessivas em resposta a obsessões de contaminação em indivíduos com POC podem levar a lesões cutâneas. A escoriação da pele pode ocorrer em indivíduos com perturbação dismórfica corporal que escoriam a própria pele apenas por preocupações com a aparência. Em ambos os casos, a perturbação de escoriação não deve ser diagnosticada. A descrição de perturbação do comportamento repetitivo centrado no corpo nas outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas exclui indivíduos cujos sintomas cumpram critérios para perturbação de escoriação.

Perturbações do neurodesenvolvimento. Conquanto a perturbação de movimentos estereotipados possa ser caracterizada por comportamentos repetitivos autoagressivos, o seu início ocorre num período precoce do desenvolvimento. Por exemplo, indivíduos com a condição neurogenética da síndrome de Prader-Willi podem ter um início precoce de escoriação da pele, podendo os seus sintomas cumprir critérios para perturbação de movimentos estereotipados. Conquanto os tiques em indivíduos com perturbação de Tourette possam conduzir a autoagressão, na perturbação de escoriação o comportamento não se assemelha a tiques.

Perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. A perturbação de escoriação não é diagnosticada se a lesão cutânea é primariamente atribuível aos comportamentos enganadores da perturbação factícia.

Outras perturbações. A perturbação de escoriação não é diagnosticada se a escoriação da pele é primariamente atribuível à intenção de se magoar que é característica da autolesão não suicida.

Outras condições médicas. A perturbação de escoriação não é diagnosticada se a escoriação da pele for primariamente atribuível a outra condição médica. Por exemplo, a escabiose é uma condição dermatológica invariavelmente associada a comichão e coceira graves. No entanto, a perturbação de escoriação pode ser precipitada ou exacerbada por uma condição dermatológica subjacente. Por exemplo, a acne pode levar a alguma coceira e escoriação, que podem também estar associadas a perturbação de escoriação comórbida. A distinção entre estas duas situações clínicas (acne com coceira e escoriação *vs.* acne com perturbação de escoriação comórbida) requer que se avalie até que ponto a escoriação da pele do indivíduo se tornou independente da condição dermatológica subjacente.

Perturbações induzidas por substância/medicamento. Os sintomas de escoriação da pele podem também ser induzidos por certas substâncias (por exemplo, cocaína), sendo que

nesses casos não deve ser diagnosticada uma perturbação de escoriação. Se a escoriação da pele for clinicamente significativa, então deve ser considerado o diagnóstico de perturbação induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas.

Comorbilidades

A perturbação de escoriação associa-se com frequência a outras perturbações mentais. Essas perturbações incluem a POC e a tricotilomania, bem como a perturbação depressiva major. Sintomas repetitivos centrados no corpo que não a escoriação da pele e o arrancamento de cabelo/pelo (por exemplo, roer as unhas) ocorrem em muitos indivíduos com perturbação de escoriação e podem merecer um diagnóstico adicional de outras perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas (ou seja, perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo).

Perturbação Obsessivo-Compulsiva Induzida por Substância/Medicamento e Perturbações Relacionadas

Critérios de Diagnóstico

A. No quadro clínico predominam obsessões, compulsões, escoriação da pele, arrancamento de cabelo/pelo, outros comportamentos repetitivos centrados no corpo ou outros sintomas característicos de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas.
B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e de (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou pouco depois da intoxicação ou abstinência de uma substância ou após a exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida tem capacidade de produzir os sintomas do Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbações associadas que não são induzidas por substância/medicamento. A evidência de uma perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbação relacionada independente pode incluir o seguinte:

   Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por exemplo, aproximadamente 1 mês) depois do fim da abstinência aguda ou da intoxicação grave; ou existe evidência que sugere a existência de uma perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbação relacionada independente não induzida por substância/medicamento (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados com substância/medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Nota. Este diagnóstico deve ser feito em adição a um diagnóstico de intoxicação ou abstinência de substância apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por [substância/medicamento específico] encon-

tram-se listados na tabela abaixo. Note-se que os códigos da ICD-10-CM dependem da existência ou não de uma perturbação de uso de substância comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação de uso de substância ligeira é comórbida com a perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância e perturbações relacionadas, o dígito da 4.ª posição é o «1» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] ligeira» antes da perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância e perturbações relacionadas (por exemplo, «perturbação de uso de cocaína ligeira com perturbação obsessivo-compulsivo e perturbação relacionada induzida por cocaína»). Se uma perturbação de uso de substância moderada a grave é comórbida com uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada induzida por substância, o dígito da 4.ª posição é o «2» e o clínico deve registar «perturbação de uso moderado [de substância]» ou «perturbação de uso grave [de substância]» dependendo da gravidade da perturbação de uso de substância comórbida. Se não há perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois do uso pontual pesado de uma substância), então o dígito da 4.ª posição é o «9» e o clínico deve registar apenas a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada induzida por substância.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Com perturbação de uso, ligeira	Com perturbação de uso, moderada a grave	Sem perturbação de uso
Anfetaminas (ou outro estimulante)	292.89	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	292.89	F14.188	F14.288	F14.988
Outras substâncias (ou desconhecidas)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar se: (ver Tabela 1 no capítulo «Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas» para diagnósticos associados a classe de substância):

Com início durante a intoxicação. Se estiverem preenchidos os critérios para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolverem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência. Se estiverem preenchidos os critérios para abstinência de substância e os sintomas se desenvolverem durante ou imediatamente após a abstinência.

Com início após o uso de medicamento. Os sintomas podem aparecer quer no início, quer depois de uma alteração do uso do medicamento.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína) que se presume estar a causar os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e sintomas relacionados. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes deve utilizar-se o código «outra substância»; e nos casos em que uma

substância é considerada como sendo o fator etiológico, mas cuja classe de substância específica é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação é seguido pela especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento). Ao contrário dos procedimentos de registo da ICD-10-CM, os quais combinam a perturbação induzida por substância e a perturbação de uso de substâncias num único código, na ICD-9-CM é dado um código de diagnóstico separado para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de comportamentos repetitivos que ocorrem durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é 292.89 perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por cocaína, com início durante a intoxicação. Também é dado um diagnóstico adicional de 304.20 perturbação de uso de cocaína grave. Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas, cada uma delas deve ser registada separadamente.

ICD-10-CM. O nome da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína) que se presume estar a causar a perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbações relacionadas. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga e na presença ou ausência de uma perturbação de uso de substâncias comórbida. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes, deve utilizar-se o código «outra substância» sem perturbação de uso de substância comórbida; e nos casos em que a substância é considerada como sendo um fator etiológico, mas cuja classe específica da substância é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida» sem uso de substância comórbido.

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação de uso de substância comórbida (caso exista) é registada em primeiro lugar, seguida pela palavra «com» à qual se segue o nome da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substâncias e, depois, a especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento). Por exemplo, no caso de comportamentos repetitivos que ocorrem durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.288 perturbação de uso de cocaína grave com perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por cocaína, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado de perturbação de uso de cocaína grave não é atribuído. Se a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substâncias ocorre sem uma perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois de um consumo pontual pesado de uma substância), não é registada uma perturbação de uso de substância acompanhante (por exemplo, F15.988 perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por anfetamina, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais do que uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas, cada uma delas deve ser registada separadamente.

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento são sintomas proeminentes de uma perturbação

obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas (Critério A) que se considera serem atribuíveis aos efeitos de uma substância (por exemplo, drogas de abuso, medicamento). Os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas têm de se ter desenvolvido durante ou pouco depois, da intoxicação ou abstinência de uma substância ou após a exposição a um medicamento ou toxina, e a substância/medicamento deve ser capaz de produzir os sintomas (Critério B). A perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento devida a um medicamento prescrito para o tratamento de uma perturbação mental ou a uma condição médica geral tem de ter o seu início enquanto o indivíduo está a receber o medicamento. Uma vez descontinuado o tratamento, os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas irão em regra melhorar ou remitir após alguns dias até algumas semanas ou um mês (dependendo da semivida da substância/medicamento). O diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicamento não deve ser atribuído se os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas precederem a intoxicação com a substância ou o uso do medicamento ou se os sintomas persistirem por um período substancial de tempo, habitualmente mais de um mês, desde a altura da intoxicação grave ou da abstinência. Se os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas persistirem por um período substancial de tempo, devem ser consideradas outras causas para os sintomas. O diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicamento deve ser feito em adição a um diagnóstico de intoxicação por substância apenas quando os sintomas do Critério A predominarem no quadro clínico e forem suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Obsessões, compulsões, arrancamento de cabelo/pelo, escoriação da pele ou outros comportamentos repetitivos centrados no corpo podem ocorrer em associação com intoxicação com as seguintes classes de substâncias: estimulantes (incluindo cocaína) e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Metais pesados e toxinas podem igualmente causar sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. Avaliações laboratoriais (por exemplo, toxicologia da urina) podem ser úteis para medir a intoxicação por substância como parte de uma avaliação para perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas.

Prevalência

Na população geral, os dados muito limitados que estão disponíveis indicam que a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substâncias é muito rara.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância. Os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas podem ocorrer na intoxicação por substâncias. O diagnóstico da intoxicação por substância específica é habitualmente suficiente para categorizar a apresentação sintomática. O diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas deve ser feito em adição ao de intoxicação por substâncias quando se considera que os sin-

tomas excedem os que estão habitualmente associados à intoxicação e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas (isto é, não induzida por uma substância). Considera-se que a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento está etiologicamente relacionada com a substância/medicamento. A perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento distingue-se da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas primária quando se considera o início, o curso e outros fatores relativos à substância/medicamento. Para drogas de abuso tem de existir evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de uso ou de intoxicação. A perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/medicamento surge apenas em associação com intoxicação, enquanto uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas primária pode preceder o início do uso da substância/ /medicamento. A presença de características que são atípicas de uma perturbação obsessivo--compulsiva e perturbações relacionadas, como idade atípica aquando do início dos sintomas, pode sugerir como etiologia a indução por substância. Um diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas primária justifica-se se os sintomas persistirem por um período substancial de tempo (cerca de 1 mês ou mais) após terminar a intoxicação pela substância ou se o indivíduo tem história de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica. Se os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas forem atribuíveis a outra condição médica (isto é, em vez de atribuíveis à medicação administrada para outra condição médica), deve ser diagnosticada uma perturbação obsessivo--compulsiva e perturbações relacionadas devida a outra condição médica. Muitas vezes a história fornece uma base para esse julgamento. Por vezes, uma mudança no tratamento de outra condição médica (por exemplo, substituição ou descontinuação de medicação) pode ser necessária para determinar se a medicação é ou não o agente causal (sendo que, nesse caso, os sintomas podem ser mais bem explicados por uma perturbação obsessivo--compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicamento). Se a perturbação é atribuível tanto a outra condição médica como ao uso de substância, devem ser atribuídos ambos os diagnósticos (isto é, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devida a outra condição médica e perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicamento). Quando não existe evidência suficiente para determinar se os sintomas são atribuíveis a uma substância/ /medicamento ou a outra condição médica ou se são primários (ou seja, não atribuíveis a substância/medicamento ou outra condição médica), deve ser indicado o diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas com outra especificação ou sem especificação.

Delirium. Se os sintomas da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas ocorrerem exclusivamente no decurso de um *delirium*, eles são considerados como uma característica associada ao *delirium* e não são diagnosticados separadamente.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas Devidas a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico 294.8 (F06.8)

A. No quadro clínico predominam obsessões, compulsões, preocupações com a aparência, acumulação, escoriação da pele, arrancamento de cabelo/pelo, outros comportamentos repetitivos centrados no corpo ou outros sintomas característicos de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas.

B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental.

D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.

E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Com sintomas de tipo perturbação obsessivo-compulsiva. Se na apresentação clínica predominam sintomas de tipo perturbação obsessivo-compulsiva.

Com preocupações com a aparência. Se na apresentação clínica predomina a preocupação com defeitos ou falhas percebidas na aparência.

Com sintomas de acumulação. Se na apresentação clínica predomina a acumulação.

Com sintomas de tricotilomania. Se na apresentação clínica predomina a tricotilomania.

Com sintomas de escoriação. Se na apresentação clínica predomina a escoriação.

Notas de codificação. Incluir o nome da outra condição médica no nome da perturbação mental (por exemplo, 294.8 [F06.8] perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a enfarte cerebral). A outra condição médica deve ser codificada e registada em separado, imediatamente antes da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica (por exemplo, 438.89 [I69.398] enfarte cerebral; 294.8 [F06.8] perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a enfarte cerebral).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica é um conjunto de sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas clinicamente significativo que se considera ser mais bem explicado como sendo uma consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. Os sintomas podem incluir proeminentes obsessões, compulsões, preocupações com a aparência, acumulação, escoriação da pele, arrancamento de cabelo/pelo, outros comportamentos repetitivos centrados no corpo (Critério A). A decisão de que os sintomas são mais bem explicados por uma condição médica associada deve ser baseada em evidência obtida a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais (Critério B). Adicionalmente, deve ponderar-se se os sintomas não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério C). O diagnóstico não é feito se os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas ocorrem apenas no decurso de um *delirium* (Critério D). Os sintomas de perturbação obses-

sivo-compulsiva e perturbações relacionadas têm de causar mal-estar clinicamente significativo e défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério E).

Para determinar se os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas são atribuíveis a outra condição médica, tem de estar presente uma condição médica relevante. Além disso, tem de se estabelecer que os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas podem estar etiologicamente relacionados com a condição médica através de um mecanismo fisiopatológico e que é essa relação que melhor explica os sintomas do indivíduo. Apesar de não existirem guias de orientação infalíveis na determinação de uma relação etiológica entre os sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas e a condição médica, algumas considerações podem proporcionar alguma orientação na atribuição deste diagnóstico, incluindo a presença de uma clara associação temporal entre o início, a exacerbação ou a remissão da condição médica e a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas; a presença de características que são atípicas de uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas primária (por exemplo, idade atípica de início ou curso); e evidência na literatura de que um mecanismo fisiológico conhecido (por exemplo, lesão estriatal) causa sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. Adicionalmente, a perturbação não pode ser mais bem explicada pela perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas primária, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substâncias ou outra perturbação mental.

Há alguma controvérsia acerca de se a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas podem ser atribuídas a uma infeção estreptocócica do grupo A. A coreia de Sydenham é a manifestação neurológica da febre reumática, que por sua vez é devida a infeção estreptocócica do grupo A. A coreia de Sydenham é caracterizada pela combinação de características motoras e não motoras. As características não motoras incluem obsessões, compulsões, défice de atenção e labilidade emocional. Apesar de os indivíduos com coreia de Sydenham poderem apresentar características não neuropsiquiátricas de febre reumática aguda, como cardite e artrite, podem apresentar-se com sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva. A esses indivíduos deve ser atribuído o diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica.

Perturbações neuropsiquiátricas autoimunes pediátricas associadas a infeções estreptocócicas (PANDAS – *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*) foram identificadas como outra perturbação autoimune pós-infeciosa caracterizada pelo início súbito de obsessões, compulsões e/ou tiques acompanhados por uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos agudos na ausência de coreia, cardite ou artrite, depois de infeção estreptocócica do grupo A. Apesar de existir um corpo de evidência que suporta a existência de PANDAS, este diagnóstico permanece controverso. Tendo em conta esta controvérsia contínua, a descrição de PANDAS foi modificada para eliminar fatores etiológicos e para designar uma entidade clínica mais abrangente: síndrome neuropsiquiátrica pediátrica de início agudo (PANS – *pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome*) ou sintomas neuropsiquiátricos agudos idiopáticos da infância (CANS – *idiopathic childhood acute neuropsychiatric symptoms*), os quais merecem estudo futuro.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Sabe-se que uma variedade de outras perturbações mentais inclui sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas como uma das suas manifestações. Os exemplos incluem perturbações que levam a lesão estriatal, como enfarte cerebral.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e curso da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica geralmente segue o curso da doença subjacente.

Marcadores de Diagnóstico

São necessárias avaliações laboratoriais e exames médicos para confirmar o diagnóstico de outra condição médica.

Diagnóstico Diferencial

Delirium. Um diagnóstico separado de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica não é atribuído se a perturbação ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*. No entanto, um diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica pode ser dado em adição a um diagnóstico de perturbação neurocognitiva major (demência) se se considerar que a etiologia dos sintomas obsessivo-compulsivos são uma consequência fisiológica do processo patológico que causa a demência e se os sintomas obsessivo-compulsivos são uma parte proeminente da apresentação clínica.

Apresentação mista de sintomas (por exemplo, sintomas de perturbações de humor, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas). Se a apresentação inclui um misto de diferentes tipos de sintomas, a perturbação mental devida a outra condição médica específica depende de quais são os sintomas predominantes do quadro clínico.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzidas por substância/ /medicamento. Se existe evidência do uso recente ou prolongado de uma substância (incluindo medicamento com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina, deve ser considerada uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicação. Quando uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicamento é diagnosticada em relação a drogas de abuso, pode ser útil obter pesquisa de drogas na urina ou no sangue ou outras avaliações laboratoriais apropriadas. Os sintomas que ocorrem durante ou pouco depois (isto é, dentro de 4 semanas), de uma intoxicação ou abstinência de substâncias ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicativos de uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas induzida por substância/medicamento, dependendo do tipo, duração ou quantidade de substância usada.

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas (primária). Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica deve ser distinguida de uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas primária. Em perturbações mentais primárias não podem ser demonstrados mecanismos fisiológicos causais específicos e diretos associados a uma condição médica. Uma idade de início tardia ou sintomas atípicos sugerem a necessidade de uma avaliação aprofundada, de modo a que se possa excluir uma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica.

Perturbação de ansiedade de doença. A perturbação de ansiedade de doença é caracterizada pela preocupação em ter ou vir a ter uma doença grave. No caso da perturbação de ansiedade de doença, os indivíduos podem ou não ter condições médicas diagnosticadas.

Características associadas de outra perturbação mental. Sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados podem ser uma característica associada de outra perturbação mental (por exemplo, esquizofrenia, anorexia nervosa).

Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas com outra especificação ou não especificada. Estes diagnósticos são atribuídos quando não é claro se os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados são primários, induzidos por substâncias ou devidos a outra condição médica.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas com Outra Especificação

Critérios de Diagnóstico 300.3 (F42)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam no quadro clínico, embora não cumpram os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. A categoria perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas com outra especificação é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão especifica pela qual a apresentação não cumpre critérios para nenhuma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas específicas. Isso é feito registando «perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas com outra especificação» seguido pela razão específica (por exemplo, «perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo»).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação de «com outra especificação» incluem as seguintes:

1. **Perturbação de tipo dismórfica corporal com falhas reais.** É semelhante à perturbação dismórfica corporal exceto no facto de que os defeitos e falhas na aparência física são claramente observáveis pelos outros (ou seja, são mais do que «ligeiramente» evidentes). Nesses casos, a preocupação com estas falhas é claramente excessiva e causa défices ou mal-estar significativos.
2. **Perturbação de tipo dismórfica corporal sem comportamentos repetitivos.** Apresentações que cumprem critérios de perturbação dismórfica corporal exceto no facto de que o indivíduo não realiza comportamentos ou atos mentais repetitivos em resposta a preocupações com a aparência.
3. **Perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo.** É caracterizada por comportamentos repetitivos centrados no corpo (por exemplo, roer as unhas, morder os lábios, morder as bochechas) e tentativas repetidas de diminuir ou parar esses comportamentos. Estes sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento e não são mais bem explicados por tricotilomania, perturbação de escoriação, perturbação de movimentos estereotipados ou autolesão não suicida.
4. **Ciúme obsessivo.** É caracterizado por uma preocupação não delirante com a infidelidade percebida do parceiro. As preocupações podem levar a comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a preocupações com a infidelidade. Causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, e não são mais bem explicados por outra perturbação mental como a perturbação delirante de tipo ciúme ou a perturbação paranoide da personalidade.

5. ***Shubo-kyofu.*** Uma variante de *taijin kyofusho* (ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Anexo) que é semelhante à perturbação dismórfica corporal e é caracterizada por medo excessivo de ter uma deformidade corporal.
6. ***Koro.*** Relacionado com a *síndrome de dhat* (ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Anexo), um episódio de ansiedade súbita e intensa de que o pénis (ou a vulva e mamilos no sexo feminino) recue para dentro do abdómen, podendo conduzir à morte.
7. ***Jikoshu-kyofu.*** Uma variante de *taijin kyofusho* (ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar» no Anexo) caracterizada por medo de ter um odor corporal repugnante (também designado *síndrome de referência olfativa*).

Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas Não Especificadas

Critérios de Diagnóstico 300.3 (F42)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam no quadro clínico, mas não cumprem os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas. A categoria perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas não especificadas é usada em situações em que o clínico opta por não especificar a razão especifica pela qual a apresentação não cumpre critérios para nenhuma perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas específicas, o que inclui apresentações nas quais não há informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência).

Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress

As perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress incluem as perturbações em que a exposição a um acontecimento traumático ou stressante está presente, de forma explícita, como critério de diagnóstico. Estas incluem a perturbação reativa de vinculação, a perturbação de envolvimento social desinibido, a perturbação de stress pós-traumático (PTSD), a perturbação aguda de stress e as perturbações de ajustamento. A colocação deste capítulo reflete a relação próxima entre estes diagnósticos e as perturbações incluídas nos capítulos circunjacentes sobre as perturbações de ansiedade, as perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas e as perturbações dissociativas.

O mal-estar psicológico após a exposição a acontecimentos traumáticos ou stressantes é muito variável. Nalguns casos, os sintomas podem ser compreendidos num contexto baseado na ansiedade ou no medo. É claro, contudo, que muitos indivíduos que foram expostos a acontecimentos traumáticos ou stressantes exibem um fenótipo, no qual, em vez de sintomas baseados na ansiedade ou no medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas de anedonia ou disforia, raiva exteriorizada e sintomas agressivos ou sintomas dissociativos. Devido às expressões variáveis de sofrimento psicológico após a exposição a acontecimentos catastróficos ou negativos, as perturbações supracitadas foram agrupadas numa categoria separada: *perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress.* Além disso, não é incomum o quadro clínico incluir uma combinação dos sintomas supracitados (com ou sem sintomas baseados na ansiedade ou no medo). Este quadro tão heterogéneo também tem sido reconhecido nas perturbações de ajustamento. A negligência social – ou seja, a ausência de prestação de cuidados adequados durante a infância – é um requisito de diagnóstico quer para a perturbação reativa de vinculação quer para a perturbação de envolvimento social desinibido. Apesar de ambas as perturbações partilharem uma etiologia comum, a primeira exprime uma perturbação internalizada com sintomas depressivos e comportamento de afastamento, enquanto a última é marcada por um comportamento de desinibição e externalização.

Perturbação Reativa de Vinculação

Critérios de Diagnóstico **313.89 (F94.1)**

A. Um padrão persistente de comportamento inibido, emocionalmente afastado para com os cuidadores adultos, manifestado por ambos os seguintes:
   1. A criança rara ou minimamente procura conforto quando se sente mal.
   2. A criança rara ou minimamente responde ao ser reconfortada quando se sente mal.

B. Uma perturbação social e emocional persistente caracterizada por pelo menos 2 dos seguintes:
   1. Reatividade social e emocional mínima aos outros.
   2. Afetos positivos limitados.
   3. Episódios não explicados de irritabilidade, tristeza ou de medo que se evidenciam mesmo durante interações não ameaçadoras com os adultos cuidadores.
C. A criança experimentou um padrão de cuidados insuficientes extremos como evidenciado por pelo menos 1 dos seguintes:
   1. Negligência social ou carência na forma de ausência persistente do preenchimento das necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afetos pelos cuidadores adultos.
   2. Mudanças repetidas dos cuidadores primários que limitam as oportunidades de estabelecer vinculações estáveis (por exemplo, mudanças frequentes no orfanato).
   3. Crescimento em ambientes invulgares que limitam gravemente as oportunidades para estabelecer vinculações seletivas (por exemplo, instituições com altas taxas de crianças por cuidador).
D. Presume-se que os cuidados referidos no Critério C são responsáveis pelo comportamento alterado descrito no Critério A (por exemplo, as alterações do Critério A tiveram início após a ausência de cuidados adequados referidos no Critério C).
E. Não são cumpridos os critérios para perturbação do espectro do autismo.
F. A perturbação é evidente antes dos 5 anos.
G. A criança tem uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Especificar se:

Persistente. A perturbação tem estado presente por mais de 12 meses.

Especificar a gravidade atual:

A perturbação reativa de vinculação é classificada como **grave** quando a criança apresenta todos os sintomas da perturbação, sendo que cada sintoma se manifesta com níveis relativamente intensos.

Características de Diagnóstico

A perturbação reativa de vinculação da primeira infância ou início da segunda infância é caracterizada por um padrão de comportamentos de vinculação marcadamente perturbados e inapropriados para a fase de desenvolvimento, nos quais uma criança rara ou minimamente procura uma figura de vinculação preferencial para obter conforto, apoio, proteção ou cuidado. A característica essencial é a vinculação ausente ou grandemente subdesenvolvida entre a criança e os potenciais cuidadores adultos. Acredita-se que as crianças com perturbação reativa de vinculação tenham capacidade para estabelecer vinculações seletivas. Contudo, devido às limitadas oportunidades durante a fase inicial do seu desenvolvimento, falham em mostrar as manifestações comportamentais características das vinculações seletivas. Isto é, quando se sentem mal não evidenciam um esforço consistente para obter conforto, suporte, cuidado ou proteção por parte dos cuidadores. Além disso, quando se sentem mal as crianças com esta perturbação respondem apenas minimamente aos esforços para serem reconfortadas por parte dos cuidadores. Assim, a perturbação está associada à ausência da procura esperada de conforto, assim como à ausência de resposta ao conforto recebido. Deste modo, crianças com perturbação reativa de vinculação apresentam uma expressão diminuída ou ausente de emoções positivas durante as interações de rotina com os seus cuidadores. Além disso, a sua capacidade de regulação emocional está comprometida, apresentando episódios de emoções negativas como medo, tristeza ou irritabilidade que não são

facilmente explicados. Um diagnóstico de perturbação reativa de vinculação não deve ser feito em crianças que devido às alterações do seu desenvolvimento não têm capacidade para estabelecer vinculações seletivas. Por esta razão, a criança deve ter uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Dada a associação etiológica que partilha com negligência social, a perturbação reativa de vinculação ocorre com frequência em conjunto com atrasos do desenvolvimento, em especial atrasos da cognição e da linguagem. Outras características associadas incluem estereotipias e outros sinais de negligência grave (por exemplo, má nutrição e sinais de cuidados deficitários).

Prevalência

A prevalência da perturbação reativa de vinculação é desconhecida, mas a perturbação raramente é observada em contextos clínicos. Esta perturbação foi encontrada em crianças expostas a negligência grave antes de serem colocadas em orfanatos ou educadas em instituições. Contudo, mesmo em populações de crianças gravemente negligenciadas, esta perturbação é incomum, ocorrendo em menos de 10% dessas crianças.

Desenvolvimento e Curso

Em crianças diagnosticadas com perturbação reativa de vinculação, estão muitas vezes presentes condições de negligência social nos primeiros meses de vida, até mesmo antes de o diagnóstico ocorrer. As características clínicas desta perturbação manifestam-se de forma semelhante entre os 9 meses e os 5 anos. Ou seja, sinais de ausência ou mínimos comportamentos de vinculação e comportamentos emocionalmente aberrantes associados são evidentes em crianças desta faixa etária, embora diferentes capacidades cognitivas e motoras possam afetar a forma como se expressam estes comportamentos. Sem remediação e recuperação através da integração em ambientes de cuidados normativos, podem aparentemente persistir sinais desta perturbação por pelo menos vários anos.

Não é claro se a perturbação de vinculação reativa ocorre em crianças mais velhas e, se assim é, quão diferente é a sua apresentação em relação às crianças mais novas. Por estas razões o diagnóstico deve ser feito cautelosamente em crianças com mais de 5 anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Negligência social grave é um requisito de diagnóstico para perturbação reativa de vinculação e é o único fator de risco conhecido para esta perturbação. Contudo, a maioria das crianças gravemente negligenciadas não apresenta esta perturbação. Aparentemente, o prognóstico depende da qualidade dos cuidados prestados após a negligência grave.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Foram descritos comportamentos de vinculação semelhantes em crianças mais novas de diferentes culturas do mundo. Contudo, deve haver alguma cautela no estabelecimento do diagnóstico de perturbação reativa de vinculação em culturas em que a vinculação não foi estudada.

Consequências Funcionais da Perturbação Reativa de Vinculação

A perturbação reativa de vinculação prejudica significativamente as capacidades das crianças mais novas para se relacionarem interpessoalmente com os pares ou com os adultos e está associada a défices funcionais em muitos domínios durante a primeira infância.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação do espectro do autismo. Comportamentos sociais aberrantes estão presentes em crianças mais novas com perturbação reativa de vinculação, mas estes também são características fundamentais da perturbação do espectro do autismo. Especificamente, as crianças mais novas com ambas as condições podem manifestar um aplanamento da expressão de emoções positivas, atrasos cognitivos e da linguagem e défices nas competências sociais. Como resultado, a perturbação reativa de vinculação deve ser distinguida da perturbação do espectro do autismo. Estas duas perturbações podem ser distinguidas tendo por base diferentes histórias de negligência e na presença de interesses restritos ou de comportamentos ritualizados, défices específicos na comunicação social e comportamentos de vinculação seletivos. Crianças com perturbação reativa de vinculação têm história de negligência social grave, embora nem sempre seja possível colher uma história detalhada acerca da natureza precisa das suas experiências, especialmente em avaliações iniciais. Crianças com perturbação do espectro do autismo só raramente terão história de negligência social. A restrição de interesses e os comportamentos repetitivos característicos da perturbação do espectro do autismo não são característicos da perturbação reativa de vinculação. Estas características clínicas manifestam-se como adesão excessiva a rituais e rotinas, interesses restritos e fixos e reações sensoriais pouco usuais. Contudo, é importante notar que as crianças com ambas as condições podem exibir comportamentos estereotipados, tais como balançar ou abanar. Crianças com ambas as condições podem ainda exibir uma variedade de funcionamentos intelectuais, mas apenas as crianças com perturbação do espectro do autismo exibem défices seletivos nos comportamentos de comunicação social, tal como a comunicação não intencional (por exemplo, compromisso na comunicação que é deliberado, dirigido a um objetivo e orientado para influenciar o comportamento do recetor). As crianças com perturbação de vinculação reativa apresentam um funcionamento de comunicação social comparável ao seu nível global de funcionamento intelectual. Finalmente, as crianças com perturbação do espectro do autismo apresentam em geral um comportamento de vinculação típico para o seu nível de desenvolvimento. Em contraste, as crianças com perturbação reativa de vinculação apresentam este comportamento quando muito apenas raramente ou de forma inconsistente.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual). A perturbação reativa de vinculação é muitas vezes acompanhada por atrasos no desenvolvimento, não devendo estes ser confundidos com esta perturbação. Crianças com incapacidade intelectual devem apresentar competências sociais e emocionais comparáveis às suas capacidades cognitivas e não devem demonstrar a profunda redução nos afetos positivos e as dificuldades na regulação emocional evidenciadas nas crianças com perturbação de vinculação reativa. Além disso, crianças com atraso no desenvolvimento que atingiram uma idade cognitiva de 7-9 meses devem demonstrar comportamentos seletivos de vinculação independentemente da sua idade cronológica. Em contraste, crianças com perturbação reativa de vinculação não apresentam vinculações preferenciais, independentemente de terem atingido uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

perturbações depressivas. A depressão em crianças está também associada a reduções em afetos positivos. Contudo, a evidência que sugere que as crianças com perturbações depressivas tenham défices na vinculação é limitada. Ou seja, as crianças com diagnóstico de perturbações depressivas devem ainda procurar e responder aos esforços de conforto por parte dos cuidadores.

Comorbilidades

As condições associadas à negligência, incluindo atrasos cognitivos, atrasos de linguagem e estereotipias ocorrem, em geral, em conjunto com a perturbação reativa de vinculação. Condições médicas, como a má nutrição grave, podem acompanhar os sinais desta perturbação. Sintomas depressivos também podem ser concomitantes com a perturbação reativa de vinculação.

Perturbação de Envolvimento Social Desinibido

Critérios de Diagnóstico **313.89 (F94.2)**

A. Um padrão de comportamento em que uma criança ativamente se aproxima e interage com adultos desconhecidos e apresenta pelo menos 2 dos seguintes:
   1. Diminuição ou ausência de reserva em aproximar-se e interagir com adultos desconhecidos.
   2. Comportamento físico ou verbal excessivamente familiar (que não é consistente com os limites sociais culturalmente aceites e adequados à idade).
   3. Validação junto de um cuidador adulto diminuída ou ausente depois de se aventurar para longe, mesmo em ambientes não familiares.
   4. Disponibilidade para sair com um adulto não familiar com pouca ou nenhuma hesitação.

B. Os comportamentos descritos no Critério A não se limitam a impulsividade (como na perturbação de hiperatividade/défice de atenção), mas incluem comportamentos de desinibição social.

C. A criança experimentou um padrão de cuidados insuficientes extremos como evidenciado por pelo menos 1 dos seguintes:
   1. Negligência social ou carência na forma de ausência persistente do preenchimento das necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afetos pelos cuidadores adultos.
   2. Mudanças repetidas dos cuidadores primários que limitam as oportunidades de estabelecer vinculações estáveis (por exemplo, mudanças frequentes no orfanato).
   3. Crescimento em ambientes invulgares que limitam gravemente as oportunidades para estabelecer vinculações seletivas (por exemplo, instituições com altas taxas de crianças por cuidador).

D. Presume-se que os cuidados referidos no Critério C são responsáveis pelo comportamento alterado descrito no Critério A (por exemplo, as alterações do Critério A tiveram início depois dos cuidados patogénicos referidos no Critério C).

E. A criança tem uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Especificar se:

Persistente. A perturbação tem estado presente durante mais de 12 meses.

Especificar a gravidade do episódio atual:

A perturbação de envolvimento social desinibido é classificada como **grave** quando a criança apresenta todos os sintomas da perturbação, sendo que cada sintoma se manifesta com níveis relativamente intensos.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de envolvimento social desinibido é um padrão de comportamento que envolve comportamentos excessivamente familiares e culturalmente desadequados em relação a estranhos (Critério A). Este comportamento demasiado familiar viola os limites sociais culturalmente aceites. O diagnóstico de perturbação de envolvimento social desinibido não deve ser feito antes de a criança ser capaz de estabelecer vinculações seletivas. Por esta razão, a criança deve ter atingido uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Dada a associação etiológica que partilha com negligência social, a perturbação de envolvimento social desinibido ocorre muitas vezes em conjunto com atrasos do desenvolvimento, em especial atrasos da cognição e da linguagem, estereotipias e outros sinais de negligência grave, como má nutrição e cuidados deficitários. Contudo, persistem com frequência sinais da perturbação, mesmo depois de estes outros sinais da negligência já não estarem presentes. Consequentemente, não é incomum que as crianças com esta perturbação se apresentem sem sinais de negligência atual. Além disso, esta condição pode apresentar-se em crianças que não exibem qualquer sinal de perturbação de vinculação. Assim, a perturbação de envolvimento social desinibido pode observar-se em crianças com história de negligência a quem faltam vinculações ou em crianças cujas vinculações com os seus cuidadores variam de perturbadas a seguras.

Prevalência

A prevalência da perturbação de envolvimento social desinibido é desconhecida. Não obstante, esta perturbação parece ser rara, ocorrendo numa minoria de crianças, mesmo entre aquelas que foram gravemente negligenciadas e subsequentemente institucionalizadas ou colocadas em orfanatos. Nestas populações de alto risco, apenas 20% das crianças apresentam esta condição. É raro esta condição ser observada noutros contextos clínicos.

Desenvolvimento e Curso

As condições de negligência social estão com frequênciae presentes nos primeiros meses de vida de crianças diagnosticadas com perturbação de envolvimento social desinibido, inclusive antes de se estabelecer o diagnóstico. Contudo, não existe evidência de que a negligência que se inicie após os dois anos esteja associada a manifestações desta perturbação. Se a negligência ocorre precocemente e surgem sinais da perturbação, as suas características clínicas serão moderadamente estáveis ao longo do tempo, em particular se as condições de negligência persistirem. O comportamento social indiscriminado e a ausência de reserva no contacto com adultos estranhos na primeira infância são acompanhados por comportamentos de busca de atenção em crianças em idade pré-escolar. Quando a perturbação persiste até meio da infância, as características clínicas manifestam-se como familiaridade física e verbal excessivas, assim como na expressão pouco autêntica de emoções. Estes sinais tornam-se particularmente evidentes aquando das interações da criança com adultos. Os relacionamentos com os pares são mais afetados durante a adolescência, simultaneamente com comportamentos tanto indiscriminados como conflituosos. Esta perturbação não foi descrita em adultos.

A perturbação de envolvimento social desinibido foi descrita a partir do segundo ano de vida até à adolescência. Existem algumas diferenças nas suas manifestações desde a primeira infância até à adolescência. Em idades mais jovens, as crianças mostram, em muitas

culturas, reserva quando interagem com desconhecidos. Crianças pequenas com esta perturbação não apresentam reserva em se aproximar, interagir e até mesmo acompanhar adultos desconhecidos. Em idade pré-escolar, a indiscrição social e verbal assume maior importância, sendo frequentemente acompanhada por comportamentos que procuram chamar a atenção. A familiaridade social e verbal excessiva persiste durante a infância, acompanhada pela expressão pouco autêntica de emoções. Na adolescência, o comportamento indiscriminado estende-se aos pares. Quando comparados com os adolescentes saudáveis, os adolescentes com esta perturbação têm relações mais «superficiais» com os seus pares, assim como mais conflitos. Não se conhecem manifestações desta perturbação em adultos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A negligência social grave é um requisito de diagnóstico para a perturbação de envolvimento social desinibido e é também o único fator de risco conhecido para esta perturbação. Contudo, a maior parte das crianças gravemente negligenciadas não desenvolve esta perturbação. A vulnerabilidade neurobiológica pode distinguir as crianças negligenciadas que desenvolvem esta perturbação das crianças que não a desenvolvem. Todavia, não foi estabelecida qualquer ligação clara com fatores neurobiológicos específicos. A perturbação não foi identificada em crianças vítimas de negligência social apenas depois dos dois anos. O prognóstico está apenas moderadamente relacionado com a qualidade dos cuidados recebidos após negligência grave. Em muitos casos, a perturbação persiste, mesmo em crianças cujo ambiente de cuidados melhora significativamente.

Modificadores do curso. A qualidade dos cuidados parece moderar o curso da perturbação de envolvimento social desinibido. No entanto, mesmo após a introdução da criança num ambiente de cuidados normativo, algumas crianças apresentam sinais persistentes desta perturbação, pelo menos durante a adolescência.

Consequências Funcionais da Perturbação de Envolvimento Social Desinibido

A perturbação de envolvimento social desinibido prejudica significativamente as capacidades das crianças mais pequenas em estabelecerem relações interpessoais com os adultos e os seus pares.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Devido à impulsividade social que por vezes acompanha a perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA), é necessário distinguir as duas perturbações. As crianças com perturbação de envolvimento social desinibido podem ser distinguidas das que têm PHDA pelo facto de as primeiras não apresentarem dificuldades de atenção ou de hiperatividade.

Comorbilidades

Há um corpo de investigação limitado acerca das perturbações comórbidas com a perturbação de envolvimento social desinibido. Condições associadas com negligência, incluindo atrasos cognitivos, atrasos de linguagem e estereotipias, podem ocorrer em conjunto com a perturbação de envolvimento social desinibido. Além disso, os diagnósticos de PHDA e de perturbação de envolvimento social desinibido podem ocorrer simultaneamente.

Perturbação de Stress Pós-Traumático

Critérios de Diagnóstico 309.81 (F43.10)

Perturbação de Stress Pós-Traumático

Nota. Os seguintes critérios aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima dos 6 anos. Para crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, ver critérios correspondentes em baixo.

A. Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:
   1. Exposição direta a acontecimento(s) traumático(s).
   2. Testemunhar, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas.
   3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos. Nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental(is).
   4. Exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s) (por exemplo, os primeiros a recolher restos humanos, agentes de polícia repetidamente expostos a pormenores de abuso de crianças).
      Nota. O critério A4 não se aplica à exposição através dos *media* eletrónicos, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposição esteja relacionada com o trabalho.

B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados:
   1. Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.
      Nota. Em crianças com mais de 6 anos, podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s) são expressos.
   2. Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s).
      Nota. Em crianças, podem existir sonhos perturbadores sem conteúdo reconhecível.
   3. Reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente.)
      Nota. Em crianças, podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático durante as brincadeiras.
   4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).
   5. Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

C. Evitamento persistente dos estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como indicado por 1 ou ambos dos seguintes:
   1. Evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente relacionados.
   2. Evitamento ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados.

D. Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou com agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:
   1. Incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devido a amnésia dissociativa e não devido a outros fatores como traumatismo cranioencefálico, álcool ou drogas).
   2. Crenças ou expectativas sobre o próprio, os outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes (por exemplo, «eu sou mau», «não se pode confiar em ninguém», «o mundo é inteiramente perigoso», «todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado»).
   3. Cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimentos(s) traumático(s) que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros.
   4. Estado emocional negativo persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha).
   5. Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos.
   6. Sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros.
   7. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).

E. Alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:
   1. Comportamento irritável ou acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem provocação) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos.
   2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
   3. Hipervigilância.
   4. Resposta de sobressalto exagerada.
   5. Dificuldade de concentração.
   6. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).

F. A duração da perturbação (Critérios B, C, D e E) é superior a um mês.

G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

H. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com sintomas dissociativos. Os sintomas do indivíduo preenchem os critérios para perturbação de stress pós-traumático e, além disso, em resposta a um fator de stress, o indivíduo experimenta um dos seguintes sintomas, de forma recorrente ou persistente:

1. **Despersonalização**. Experiências persistentes ou recorrentes de sensação de desprendimento em relação a si próprio, como se fosse um observador externo dos seus processos mentais ou corporais (por exemplo, sentir que se está num sonho, sensação de irrealidade do próprio ou do corpo ou de que o tempo passa lentamente).
2. **Desrealização**. Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente (por exemplo, o mundo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota. Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, *blackouts*, comportamento durante a intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (por exemplo, crises parciais complexas).

Especificar se:

Com início tardio. Se os critérios completos de diagnóstico não estão preenchidos até pelo menos 6 meses após o acontecimento fator de stress ocorrer (embora alguns sintomas estejam presentes imediatamente).

Perturbação de Stress Pós-Traumático em Crianças com Idade Igual ou Inferior a 6 anos

A. Em crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, a exposição a ameaça de morte ou morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:
   1. Exposição direta a acontecimento(s) traumático(s).
   2. Testemunhar, pessoalmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas, especialmente cuidadores primários.
      Nota. Testemunhar não inclui acontecimentos testemunhados apenas através dos *media* eletrónicos, televisão, filmes ou imagens.
   3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) aos pais ou a outra figura cuidadora.
B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s):
   1. Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.
      Nota. Memórias espontâneas e intrusivas podem não se apresentar necessariamente como geradoras de mal-estar e podem surgir através da representação em brincadeiras.
   2. Sonhos recorrentes geradores de mal-estar nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionadas com o(s) acontecimento(s) traumático(s).
      Nota. Pode não ser possível relacionar o conteúdo assustador ao acontecimento traumático.
   3. Reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais a criança sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais extrema é a perda completa de consciência do ambiente envolvente.) Tal representação específica do trauma pode ocorrer durante as brincadeiras.
   4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).
   5. Reações fisiológicas intensas durante a exposição à lembrança do(s) acontecimento(s) traumático(s).
C. Devem estar presentes, com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s), um (ou mais) dos seguintes sintomas que representam o evitamento persistente de estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s) ou a alterações negativas em cognições e humor associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s):

   Evitamento Persistente de Estímulos
   1. Evitamento ou esforço para evitar atividades, locais ou lembranças físicas que ativem as recordações do(s) acontecimento(s) traumático(s).
   2. Evitamento ou esforço para evitar pessoas, conversas ou situações interpessoais que ativem as recordações do(s) acontecimento(s) traumáticos(s).

   Alterações Negativas nas Cognições
   3. Aumento significativo da frequência de estados emocionais negativos (por exemplo, medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão).

4. Diminuição significativa de interesse ou participação em atividades significativas, incluindo inibição em brincar.
5. Comportamento de inibição social.
6. Diminuição persistente na expressão de emoções positivas.

D. Alterações na ativação e reatividade associada ao(s) acontecimentos(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é evidenciado por 2 (ou mais) dos seguintes:
   1. Comportamento irritável e acessos de raiva (com a mínima ou nenhuma provocação) expressos tipicamente como agressividade física ou verbal para com pessoas ou objetos (incluindo birras extremas).
   2. Hipervigilância.
   3. Resposta de sobressalto exagerada.
   4. Dificuldades de concentração.
   5. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).

E. A duração da perturbação é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défices nas relações com os pais, irmãos, pares ou outros cuidadores ou no comportamento escolar.

G. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com sintomas dissociativos. Os sintomas do indivíduo preenchem os critérios para perturbação de stress pós-traumático e a pessoa experimenta 1 dos seguintes sintomas de forma persistente ou recorrente:

1. **Despersonalização**. Experiências persistentes e recorrentes de sensação de desprendimento em relação a si próprio, como se fosse um observador externo dos seus processos mentais ou corporais (por exemplo, sentir que se está num sonho, sensação de irrealidade do próprio ou do corpo ou de que o tempo passa lentamente).
2. **Desrealização**. Experiências persistentes e recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente (por exemplo, o mundo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota. Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, *blackouts*) ou a outra condição médica (por exemplo, crises parciais complexas).

Especificar se:

Com início tardio. Se os critérios completos de diagnóstico não estão preenchidos até pelo menos 6 meses após o acontecimento ocorrer (embora o início e a expressão de alguns sintomas estejam presentes imediatamente).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de stress pós-traumático (PTSD) é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos. As reações emocionais ao acontecimento traumático (por exemplo, medo, sentimento de desamparo, horror) já não fazem parte do Critério A. A apresentação clínica da PTSD é variada. Nalguns indivíduos, podem ser predominantes a reexperiência baseada no medo, sintomas comportamentais e emocionais. Noutros, os estados de humor anedónicos

ou disfóricos, assim como as cognições negativas, podem ser os mais geradores de mal-estar. Nalguns indivíduos, predominam os sintomas de ativação e reatividade externalizada, enquanto noutros predominam os sintomas dissociativos. Finalmente, alguns indivíduos exibem uma combinação destes padrões de sintomas.

Os acontecimentos traumáticos diretamente experimentados no Critério A incluem, embora não se limitem a estes, a exposição à guerra como combatente ou como civil, ameaça ou agressão física real (por exemplo, ataque físico, roubo, assalto violento, abuso de menores), ameaça ou violência sexual real (por exemplo, penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/drogas, contacto sexual abusivo, abuso sexual sem contacto, tráfico sexual), ser raptado, ser feito refém, ataque terrorista, tortura, ser feito prisioneiro de guerra, catástrofes de causa natural ou humana, acidente de viação grave. Para as crianças, acontecimentos sexuais violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas, sem existir violência ou lesão física. Uma doença com risco de vida ou uma condição médica debilitante não é considerada necessariamente um acontecimento traumático. Incidentes médicos que se qualificam como acontecimentos traumáticos envolvem acontecimentos catastróficos e súbitos (por exemplo, despertar durante uma cirurgia, choque anafilático). Testemunhar acontecimentos inclui, embora não se limite, a observação de agressões ou ameaça grave, morte não natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa durante um assalto violento, violência doméstica, acidentes, guerras ou desastres ou uma catástrofe médica no próprio filho (por exemplo, uma hemorragia que ameaça a vida). A exposição indireta através da tomada de conhecimento de um acontecimento limita-se a experiências que afetam familiares ou amigos próximos e a experiências que são violentas ou acidentais (por exemplo, a morte devida a causas naturais não é incluída). Tais acontecimentos incluem assaltos violentos, suicídios, acidentes graves e lesões graves. A perturbação pode ser especialmente grave ou persistente quando o fator de stress é interpessoal e intencional (por exemplo, tortura, violência sexual).

O acontecimento traumático pode ser reexperienciado de várias maneiras. Comummente, o indivíduo tem lembranças intrusivas, involuntárias e recorrentes do acontecimento (Critério B1). Lembranças intrusivas na PTSD podem ser distinguidas das ruminações depressivas na medida em que se aplicam apenas a memórias intrusivas que criam mal-estar. A ênfase é dada às memórias recorrentes do acontecimento que em geral incluem componentes comportamentais fisiológicas, emocionais e sensoriais. Um sintoma de reexperiência comum são os sonhos geradores de mal-estar em que o acontecimento é revivido ou representado ou cujo tema está relacionado com as ameaças do acontecimento traumático (Critério B2). O indivíduo pode experimentar estados dissociativos que podem durar desde alguns segundos a várias horas ou mesmo vários dias, durante os quais o acontecimento é revivido e a pessoa se comporta como se estivesse nesse momento a experimentar o acontecimento (Critério B3). Estes acontecimentos ocorrem como um contínuo desde breves intrusões visuais ou de outra modalidade sensorial, acerca de parte do acontecimento traumático sem perda da orientação da realidade, até à completa perda de consciência do ambiente envolvente. Estes episódios, frequentemente designados como *flashbacks*, são em regra breves, mas podem estar associados a mal-estar prolongado ou a aumento da ativação. Para crianças mais pequenas, a representação de acontecimentos relacionados com o trauma pode surgir em brincadeiras ou em estados dissociativos. Um intenso mal-estar psicológico (Critério B4) ou reatividade fisiológica (Critério B5) ocorrem com frequência quando a pessoa é exposta a acontecimentos desencadeantes que se assemelham ou simbolizam algum aspeto do acontecimento traumático (por exemplo, dias ventosos após um furacão,

ver alguém que recorda o criminoso). Os estímulos ativadores podem ser uma sensação física (por exemplo, tonturas em sobreviventes de traumatismo craniano, frequência cardíaca acelerada numa criança previamente traumatizada), principalmente para indivíduos com apresentações muito somatizadas.

Os estímulos associados ao trauma são persistentemente (por exemplo, sempre ou quase sempre) evitados. O indivíduo muitas vezes faz esforços deliberados para evitar pensamentos, memórias, emoções ou falar acerca do acontecimento traumático (por exemplo, utilizar técnicas de distração para evitar lembranças internas) (Critério C1) e para evitar atividades, objetos, situações ou pessoas que ativem as memórias do acontecimento (Critério C2).

As alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao acontecimento traumático têm início ou agravam-se após a exposição ao acontecimento. Estas alterações negativas podem assumir diferentes formas, incluindo incapacidade em recordar um aspeto importante do acontecimento traumático. Esta anmésia é caracteristicamente dissociativa e não ocorre devido a traumatismo craniano, álcool ou drogas (Critério D1). Outra forma são as expectativas negativas exageradas e persistentes (isto é, sempre ou quase sempre) acerca de importantes aspetos da vida referentes ao próprio, aos outros ou ao futuro (por exemplo, «Eu sempre fui mau a decidir»; «As pessoas num auditório não podem ser confiáveis»), que se podem manifestar como uma mudança negativa na identidade percebida a partir do trauma (por exemplo, «Eu não consigo voltar a confiar em alguém») (Critério D2). Indivíduos com PTSD podem ter cognições erróneas e persistentes acerca das causas do acontecimento traumático que os levam a culpar-se a si ou aos outros (por exemplo, «A culpa de ter sido abusado pelo meu tio é inteiramente minha») (Critério D3). Um estado de humor negativo e persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa, vergonha) pode ter início ou agravar-se após a exposição ao acontecimento (Critério D4). O indivíduo pode apresentar diminuição significativa do interesse ou da participação em atividades previamente gratificantes (Critério D5), sentir-se desligado ou com sensação de estranheza em relação a outras pessoas (Critério D6) ou ter uma incapacidade persistente de sentir emoções positivas (especialmente felicidade, alegria, satisfação ou emoções associadas à intimidade, ternura e sexualidade) (Critério D7).

Indivíduos com PTSD podem ser facilmente irritáveis e mesmo envolver-se em comportamentos agressivos verbais e/ou físicos com a mínima ou sem provocação (por exemplo, gritar com pessoas, envolver-se em brigas, destruir objetos) (Critério E1). Também podem envolver se em comportamentos imprudentes ou autodestrutivos, tais como condução perigosa, uso excessivo de álcool ou de drogas ou comportamentos autolesivos ou suicidários (Critério E2). A PTSD é frequentemente caracterizada por uma sensibilidade aumentada a eventuais ameaças, incluindo aquelas que estão relacionadas com experiências traumáticas (por exemplo, após um acidente de viação, tornar-se especialmente sensível a potenciais ameaças causadas por carros ou camiões) e aquelas que não estão relacionadas com o acontecimento traumático (por exemplo, ter medo de sofrer um ataque cardíaco) (Critério E3). Indivíduos com PTSD podem ser muito reativos a estímulos inesperados, apresentando uma resposta de sobressalto exagerada ou agitação, a ruídos altos ou movimentos inesperados (por exemplo, ficar sobressaltado com o toque do telefone) (Critério E4). Dificuldades de concentração, incluindo dificuldades em se recordar de acontecimentos diários (por exemplo, esquecer-se do número de telefone) ou executar tarefas de forma concentrada (por exemplo, seguir uma conversa por um período de tempo), são muitas vezes relatadas (Critério E5). Problemas com o início ou a manutenção do sono são frequentes e podem estar associados a pesadelos e a preocupações com a segurança ou com a ativação aumentada que interfere

com o sono adequado (Critério E6). Alguns indivíduos também vivenciam sintomas dissociativos persistentes em que se sentem desligados do seu próprio corpo (despersonalização) ou do mundo que os rodeia (desrealização); isto encontra-se refletido no especificador «com sintomas dissociativos».

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Podem ocorrer regressões no desenvolvimento, como a perda de linguagem em crianças muito novas. Podem também estar presentes pseudo-alucinações auditivas, tais como ter a experiência sensorial de ouvir os seus pensamentos falados por uma ou várias vozes diferentes, assim como ideação paranoide. Após acontecimentos traumáticos graves, repetidos e prolongados (por exemplo, abuso de menores, tortura), o indivíduo pode também apresentar dificuldades na regulação das suas emoções ou em manter relacionamentos interpessoais estáveis ou sintomas dissociativos. Quando uma morte violenta resulta do acontecimento traumático, podem surgir simultaneamente sintomas de PTSD e luto patológico.

Prevalência

Nos EUA, a previsão do risco ao longo da vida de PTSD, usando os critérios do DSM-IV, é de 8,7% aos 75 anos. A prevalência a 12 meses entre adultos norte-americanos é de cerca de 3,5%. Na Europa, na maior parte da Ásia, África e países latino-americanos, as estimativas são mais baixas, cerca de 0,5-1,0%. Embora diferentes grupos tenham diferentes níveis de exposição a acontecimentos traumáticos, a probabilidade de desenvolver PTSD a um nível semelhante de exposição pode também variar entre diferentes grupos culturais. As taxas de PTSD são maiores entre militares veteranos e entre outros cujo trabalho aumenta o risco de exposição a acontecimentos traumáticos (por exemplo, polícias, bombeiros, pessoal de emergência médica). Verificam-se altas taxas (variando entre um terço e mais de metade dos expostos) de PTSD entre os sobreviventes de violações, combates militares e cativeiro e genocídios e internamentos motivados por questões políticas. A prevalência de PTSD pode variar ao longo do desenvolvimento. Adolescentes e crianças, inclusive em idade pré-escolar, apresentam em geral uma prevalência menor após exposição a um acontecimento traumático grave. Contudo, esta observação pode dever-se aos critérios anteriores, que não eram suficientemente informativos quanto ao desenvolvimento. A prevalência de PTSD, na sua expressão completa, também aparenta ser menos frequente entre adultos mais velhos quando comparada com a do resto da população. Existe evidência de que apresentações subsindromáticas são mais comuns do que o quadro clínico completo em idades mais avançadas e que os sintomas presentes se associam a um compromisso clínico significativo. Os latino-americanos, afro-americanos e índios americanos apresentam taxas mais elevadas de PTSD do que os brancos americanos não latinos e mais baixas do que os americanos asiáticos, após ajustamento para a exposição traumática e variáveis demográficas.

Desenvolvimento e Curso

A PTSD pode ocorrer em qualquer idade, com início após o primeiro ano de vida. Os sintomas com frequência têm início nos primeiros 3 meses após o trauma, embora possa ocorrer um atraso de meses ou até anos, antes de serem preenchidos todos os critérios de diagnóstico. Existe evidência abundante para o que o DSM-IV designou de «com início dilatado», com o reconhecimento de que alguns dos sintomas caracteristicamente têm início logo após o trauma e que o atraso se verifica em relação ao preenchimento de todos os critérios.

Frequentemente, numa primeira fase após o trauma, a reação individual cumpre, de início, os critérios para perturbação aguda de stress. Os sintomas de PTSD e a predominância relativa dos diferentes sintomas podem variar ao longo do tempo. A duração dos sintomas também varia, sendo que a recuperação completa nos primeiros 3 meses ocorre em cerca de metade dos adultos, enquanto alguns adultos se mantêm sintomáticos por mais de 12 meses e, por vezes, por mais de 50 anos. A recorrência ou o agravamento de sintomas pode ocorrer em resposta a lembranças do trauma original, acontecimentos de vida adversos ou a novos acontecimentos traumáticos. Em idosos, o agravamento do estado de saúde, o agravamento de funções cognitivas e o isolamento social podem exacerbar os sintomas de PTSD.

A expressão clínica da revivência do acontecimento traumático pode variar ao longo do desenvolvimento. As crianças mais pequenas podem queixar-se do início de sonhos que causam mal-estar sem que seja possível apurar um conteúdo específico do acontecimento traumático. Antes dos 6 anos (ver critério do subtipo pré-escolar), as crianças expressam, com maior probabilidade, a reexperiência dos sintomas através de brincadeiras que se referem direta ou simbolicamente ao trauma. Podem não apresentar reações de medo durante a exposição ou durante a reexperiência. Os pais podem referir uma grande variedade de alterações comportamentais e emocionais em crianças. As crianças podem focar-se em intervenções imaginárias nos seus jogos ou brincadeiras. Além do evitamento, as crianças podem preocupar-se com as lembranças. Como apresentam limitações na expressão dos seus pensamentos e na categorização dos seus sentimentos, as alterações negativas do humor e as cognições tendem a envolver as alterações primárias do humor. As crianças podem vivenciar vários traumas simultâneos (por exemplo, abuso físico, testemunhar violência doméstica) e em circunstâncias crónicas podem não ser capazes de identificar o início da sintomatologia. O comportamento de evitamento pode estar associado a restrição da participação em brincadeiras ou a comportamentos exploratórios em crianças pequenas, a participação reduzida em novas atividades em crianças em idade escolar ou a relutância em procurar oportunidades de desenvolvimento em adolescentes (por exemplo, namorar, conduzir). Outras crianças e adolescentes podem julgá-los cobardes. Os adolescentes podem desenvolver crenças de terem mudado, tornando-se socialmente indesejados e estranhos aos seus pares (por exemplo, «agora nunca me vou integrar») e sem planos para o futuro. Comportamentos agressivos ou irritáveis em crianças ou adolescentes podem interferir com as relações interpares e no desempenho escolar. Comportamentos imprudentes podem levar a lesões acidentais do próprio ou de outros, procura de emoções fortes ou comportamentos de alto risco. As crianças que continuam a experienciar PTSD até à idade adulta podem expressar menos sintomas de hipervigilância, evitamento, humor e cognições negativas, quando comparadas com jovens adultos com PTSD, embora os adultos expostos a acontecimentos traumáticos que ocorrem mais tardiamente na vida possam apresentar sintomas de evitamento, hipervigilância, alterações do sono e episódios de choro mais frequentemente do que os jovens adultos expostos aos mesmos acontecimentos traumáticos. Nos mais idosos, a perturbação está associada à perceção negativa da sua saúde, aumento da utilização dos cuidados de saúde primários e ideação suicida.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Os fatores de risco (e de proteção) são em geral divididos em pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Fatores pré-traumáticos

Temperamentais. Estes incluem problemas emocionais durante a infância por volta dos 6 anos (por exemplo, exposição traumática prévia, problemas de ansiedade ou de exteriorização) e perturbações mentais prévias (por exemplo, perturbação de pânico, perturbação depressiva, PTSD ou perturbação obsessivo-compulsiva [POC]).

Ambientais. Incluem baixo estatuto socioeconómico; baixo nível educacional; exposição prévia a traumas (especialmente durante a infância); adversidades na infância (por exemplo, dificuldades económicas, famílias disfuncionais, separação dos pais, morte); características culturais (por exemplo, estratégias de *coping* baseadas no fatalismo ou culpabilidade); baixa inteligência; minoria racial/estatuto étnico; e uma família com história psiquiátrica. O apoio social prévio ao acontecimento traumático é protetor.

Genéticos e fisiológicos. Incluem o género feminino e a idade mais precoce no momento da exposição traumática (em adultos). Certos genótipos podem ser protetores ou aumentar o risco de PTSD após a exposição a acontecimentos traumáticos.

Fatores peritraumáticos

Ambientais. Incluem a gravidade (dose) do trauma (quanto maior a magnitude de um trauma, maior a probabilidade de PTSD), ameaça de vida percebida, lesão do próprio, violência interpessoal (particularmente os traumas perpetrados por um cuidador ou envolvendo uma ameaça testemunhada a um cuidador) e, para os militares, ser um perpetrador, testemunhar atrocidades ou matar o inimigo. Finalmente, é um fator de risco a dissociação que ocorre durante o trauma e que depois deste persiste.

Fatores pós-traumáticos

Temperamentais. Incluem apreciações negativas, estratégias de *coping* desadequadas e o desenvolvimento de perturbação aguda de stress.

Ambientais. Incluem a exposição subsequente a lembranças perturbadoras repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas com o trauma. O apoio social (incluindo, para crianças, a estabilidade familiar) é um fator protetor que melhora o prognóstico.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O risco de início e da gravidade da PTSD pode diferir entre diferentes culturas como resultado da variação do tipo de exposição traumática (por exemplo, genocídio), do impacte na gravidade da condição, do significado atribuído ao acontecimento traumático (por exemplo, incapacidade de realizar os rituais fúnebres após um atentado em massa), do contexto cultural atual (por exemplo, viver entre os agressores impunes em contexto de pós-guerra) e outros fatores culturais (por exemplo, stress de aculturação em imigrantes). O risco relativo de PTSD após uma determinada exposição (por exemplo, perseguição religiosa) pode variar entre diferentes grupos culturais. A expressão clínica dos sintomas ou conjuntos de sintomas de PTSD pode variar culturalmente, especialmente no que diz respeito ao evitamento e aos sintomas de embotamento, sonhos perturbadores e sintomas somáticos (por exemplo, tonturas, dispneia, sensações de calor).

As síndromes culturais e expressões de angústia modelam a expressão da PTSD e de várias perturbações comórbidas nas diferentes culturas, providenciando modelos compor-

tamentais e cognitivos que ligam as exposições traumáticas a determinados sintomas específicos. Por exemplo, os sintomas de pânico podem ser muito evidentes entre cambojanos e latino-americanos com PTSD devido à associação da exposição traumática com os ataques *khyâl* de tipo pânico e os *ataques de nervios*. A avaliação abrangente das expressões locais de PTSD deverá incluir a avaliação de conceitos culturais de mal-estar (ver capítulo «Formulação Cultural», na Secção III).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Ao longo da vida, a PTSD é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino. Na população geral, o sexo feminino experimenta períodos de PTSD mais prolongados que o sexo masculino. Pelo menos parte do risco aumentado de PTSD no sexo feminino pode ser atribuído à maior probabilidade de exposição a acontecimentos traumáticos, tais como violações e outras formas de violência interpessoal. Nas populações expostas especificamente a estes fatores de stress, as diferenças de género no risco para PTSD são atenuadas ou não são significativas.

Risco de Suicídio

Acontecimentos traumáticos como o abuso na infância aumentam o risco de suicídio. A PTSD está associada a ideação e tentativas de suicídio, sendo que a presença da perturbação pode indicar quais as pessoas com ideação suicida que eventualmente elaboram um plano ou cometem uma tentativa de suicídio.

Consequências Funcionais da Perturbação de Stress Pós-Traumático

A PTSD está associada a elevados níveis de incapacidade social, ocupacional e física, assim como a consideráveis custos económicos e elevados níveis de utilização de recursos médicos. O défice funcional está presente nos domínios social, ocupacional, interpessoal, educacional, do desenvolvimento e da saúde física. Na comunidade e em amostras de veteranos de guerra, a PTSD está associada a relacionamentos sociais e familiares mais pobres, absentismo laboral, rendimentos mais baixos e menor êxito educacional e ocupacional.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de ajustamento. Nas perturbações de ajustamento, o fator de stress pode ser de qualquer tipo ou gravidade, ao contrário do que é necessário para cumprir o Critério A para PTSD. O diagnóstico de perturbação de ajustamento é usado quando a resposta a um fator de stress que cumpre o Critério A para PTSD não preenche todos os outros critérios de PTSD (ou os critérios para outras perturbações mentais). Uma perturbação de ajustamento também pode ser diagnosticada quando o padrão de sintomas de PTSD ocorre em resposta a um fator de stress que não cumpre o Critério A para PTSD (por exemplo, abandono pelo cônjuge, ser despedido).

Outras perturbações e condições pós-traumáticas. Nem toda a psicopatologia apresentada por indivíduos expostos a um fator de stress grave deve ser necessariamente atribuída à PTSD. O diagnóstico requer que a exposição ao trauma preceda o início ou a exacerbação de determinados sintomas. Além disso, se o padrão de resposta sintomática a um fator de stress grave cumpre os critérios para outras perturbações mentais, estes diagnósticos devem ser considerados em vez da ou além da PTSD. Outros diagnósticos e condições são excluídos se

forem mais bem explicados pela PTSD (por exemplo, sintomas de perturbação de pânico que ocorrem apenas após a exposição a lembranças traumáticas). No entanto, se a apresentação for grave, o padrão de resposta sintomática a um fator de stress extremo pode requerer um diagnóstico separado (por exemplo, amnésia dissociativa).

Perturbação aguda de stress. A perturbação aguda de stress distingue-se da PTSD porque na perturbação aguda de stress o padrão de sintomas se restringe a uma duração de 3 dias a 1 mês após a exposição ao acontecimento traumático.

Perturbações de ansiedade e perturbação obsessivo-compulsiva. Na POC existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes enquadram-se na definição de obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados com acontecimentos traumáticos vividos, as compulsões estão com frequência presentes e outros sintomas de PTSD ou perturbação aguda de stress estão em geral ausentes. Quer os sintomas dissociativos e de ativação da perturbação de pânico quer o evitamento, irritabilidade e ansiedade da perturbação de ansiedade generalizada não estão associados a um acontecimento traumático específico. Os sintomas da perturbação de ansiedade de separação estão claramente relacionados com a separação da família ou da casa e não com um acontecimento traumático.

Perturbação depressiva major. A depressão major pode ou não ser precedida de um acontecimento traumático e deve ser diagnosticada se os sintomas de PTSD estiverem ausentes. Especificamente, a perturbação depressiva major não inclui nenhum dos sintomas presentes nos Critérios B e C para PTSD. Também não inclui vários sintomas presentes nos Critérios D e E para PTSD.

Perturbações da personalidade. Dificuldades interpessoais que tiveram início ou se agravaram, após a exposição a um acontecimento traumático constituem uma indicação de PTSD ao contrário do que sucede nas perturbações da personalidade, nas quais tais dificuldades seriam expectáveis independentemente de qualquer exposição traumática.

Perturbações dissociativas. A amnésia dissociativa, a perturbação dissociativa de identidade e a perturbação de despersonalização-desrealização podem ou não ser precedidas pela exposição a acontecimentos traumáticos e podem ou não ser acompanhadas por sintomas de PTSD. No entanto, quando todos os critérios de PTSD são cumpridos, deve ser considerado o subtipo PTSD «com sintomas dissociativos».

Perturbação de conversão (perturbação de sintoma neurológico funcional). O aparecimento de sintomas somáticos de novo no contexto de mal-estar pós-traumático pode constituir uma indicação de PTSD e não de perturbação conversiva (perturbação de sintoma neurológico funcional).

Perturbações psicóticas. Na PTSD, os *flashbacks* devem ser distinguidos das ilusões, alucinações e outras perturbações percetivas que podem ocorrer na esquizofrenia, perturbações psicóticas breves e noutras perturbações psicóticas; perturbações depressivas e bipolares com características psicóticas; *delirium*; perturbações induzidas por substâncias/medicamentos; e perturbações psicóticas devidas a outras condições médicas.

Lesão cerebral traumática. Quando ocorre uma lesão cerebral em contexto de um acontecimento traumático (por exemplo, acidente traumático, explosão de bomba, traumatismos por aceleração/desaceleração) podem surgir sintomas de PTSD. Um acontecimento que cause traumatismo craniano pode também ser um acontecimento psicologicamente

traumático e os sintomas neurocognitivos relacionados com lesão cerebral traumática (LCT) não são mutuamente exclusivos e podem ocorrer em simultâneo com PTSD. Os sintomas anteriormente designados como pós-concussionais (por exemplo, cefaleias, tonturas, sensibilidade à luz ou ao som, irritabilidade, défices de concentração) podem ocorrer quer em populações com lesões cerebrais quer em populações sem lesões cerebrais, incluindo indivíduos com PTSD. Uma vez que pode haver sobreposição entre os sintomas de PTSD e sintomas neurocognitivos relacionados com LCT, o diagnóstico diferencial é possível baseado na presença de sintomas característicos de cada uma das apresentações. Enquanto o evitamento e o reexperienciar são característicos da PTSD e não efeitos da LCT, a desorientação e confusão persistentes são mais específicas da LCT (efeitos neurocognitivos) do que da PTSD.

Comorbilidades

Indivíduos com PTSD têm uma probabilidade 80% mais elevada de apresentar sintomas que preencham os critérios de diagnóstico de pelo menos uma outra perturbação mental (por exemplo, perturbações depressiva, bipolar, de ansiedade, de uso de substâncias), quando comparados com indivíduos sem PTSD. A comorbilidade com perturbação de uso de substâncias e perturbação do comportamento é mais frequente no sexo masculino do que no feminino. Entre os militares norte-americanos e veteranos de guerra que foram mobilizados para combates recentes no Afeganistão e no Iraque, a coocorrência de PTSD e de LCT ligeira é de 48%. Embora a maioria das crianças com PTSD também apresente pelo menos um outro diagnóstico, o padrão de comorbilidade é diferente dos adultos, com predomínio da perturbação desafiante de oposição e da perturbação de ansiedade de separação. Finalmente, existe uma comorbilidade significativa entre PTSD e perturbação neurocognitiva major com alguma sobreposição de sintomas entre estas perturbações.

Perturbação Aguda de Stress

Critérios de Diagnóstico **308.3 (F43.0)**

A. Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violação sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:
   1. Exposição direta a acontecimento(s) traumático(s).
   2. Testemunhar, pessoalmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) com outras pessoas.
   3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos. **Nota**. Nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental(is).
   4. Exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s) (por exemplo, os primeiros a recolher restos humanos, agentes de polícia repetidamente expostos a pormenores de abuso de crianças).
      Nota. Não se aplica à exposição através dos *media* eletrónicos, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposição esteja relacionada com o trabalho.

B. Presença de 9 (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das 5 categorias: intrusão, humor negativo, dissociação, evitamento e ativação, com início ou agravamento após a ocorrência do(s) acontecimento(s) traumático(s):

Sintomas intrusivos

1. Lembranças intrusivas, involuntárias e recorrentes do(s) acontecimento(s) traumático(s) que geram mal-estar. **Nota**. Em crianças, podem ocorrer brincadeiras repetitivas onde são expressos temas ou aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).
2. Sonhos recorrentes que geram mal-estar nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s). **Nota**. Nas crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo identificável.
3. Reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais extrema é a perda completa de consciência do ambiente envolvente.) **Nota**. Nas crianças, tal representação específica do acontecimento traumático pode ocorrer durante as brincadeiras.
4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado ou intensas reações fisiológicas com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

Humor negativo

5. Incapacidade persistente para vivenciar emoções positivas (por exemplo, incapacidade para experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).

Sintomas dissociativos

6. Uma sensação alterada da realidade do ambiente que envolve o indivíduo (por exemplo, ver se a si próprio de outra perspetiva, estar desorientado, lentificação do tempo).
7. Incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devida a amnésia dissociativa e não devida a outros fatores como traumatismo cranioencefálico, álcool ou drogas).

Sintomas de evitamento

8. Esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções geradores de mal-estar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) ou a este(s) associadas.
9. Esforço para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias, pensamentos ou emoções geradoras de mal-estar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) ou a este(s) associadas.

Sintomas de ativação

10. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono, sono agitado).
11. Comportamento irritável e acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem provocação), muitas vezes expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos.
12. Hipervigilância.
13. Dificuldade de concentração.
14. Resposta de sobressalto exagerada.

C. A duração da perturbação (sintomas no Critério B) é de 3 dias a 1 mês após a exposição ao trauma. **Nota**. Tipicamente, os sintomas têm início após o trauma, mas a persistência por pelo menos 3 dias e até 1 mês é necessária para preencher os critérios de diagnóstico.

D. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos ou álcool) ou a outra condição médica (por exemplo, lesão cerebral traumática ligeira) e não é mais bem explicada pela perturbação psicótica breve.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação aguda de stress é o desenvolvimento de sintomas característicos com duração de 3 dias a 1 mês após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos. Os acontecimentos traumáticos que são vivenciados diretamente incluem, mas não se limitam, a exposição à guerra como combatente ou como civil, ameaça ou assalto pessoal violento (por exemplo, violência sexual, ataque físico, combate ativo, assalto violento, abuso físico e/ou sexual de crianças, ser raptado, ser feito refém, ataque terrorista, tortura), catástrofes de causa natural ou humana (por exemplo, terramotos, furacões, acidentes de aviões) e acidentes graves (por exemplo, acidentes de viação graves, acidentes industriais). Para as crianças, acontecimentos sexuais traumáticos podem incluir experiências sexuais inapropriadas sem violência ou lesões. Uma doença com risco de vida ou uma condição médica debilitante não é considerada necessariamente um acontecimento traumático. Os incidentes médicos que se qualificam como acontecimentos traumáticos envolvem acontecimentos catastróficos súbitos (por exemplo, despertar durante uma cirurgia, choque anafilático). Os acontecimentos stressantes que não possuem os componentes de gravidade e traumático que figuram no Critério A podem levar ao diagnóstico de perturbação de ajustamento, mas não de perturbação aguda de stress.

A apresentação clínica da perturbação aguda de stress pode variar de indivíduo para indivíduo, mas frequentemente envolve uma resposta de ansiedade que inclui alguma forma de reexperiência ou de reatividade do acontecimento traumático. Nalguns indivíduos, podem predominar os sintomas dissociativos ou a sensação de estar desligado, embora tipicamente também apresentem uma reatividade física e emocional significativa em resposta às lembranças traumáticas. Noutros indivíduos, pode existir uma forte resposta de raiva, na qual a reatividade é caracterizada por respostas irritáveis ou possivelmente agressivas. O quadro sintomático completo deve estar presente durante pelo menos 3 dias após o acontecimento traumático e pode ser diagnosticado apenas até 1 mês após o acontecimento. Os sintomas que ocorrem logo após o acontecimento mas que resolvem em menos de três dias não preenchem os critérios para perturbação aguda de stress.

Testemunhar acontecimentos inclui, embora não se limite, a observação de ameaças ou de agressão grave, morte não natural, violência física ou sexual infligida a outra pessoa como resultado de um assalto violento, violência doméstica grave, acidente grave, guerra e desastre; também pode incluir uma catástrofe médica no próprio filho (por exemplo, uma hemorragia que ameaça a vida). A exposição indireta a acontecimentos através da tomada de conhecimento do acontecimento limita-se a experiências que afetam familiares ou amigos próximos. Tais acontecimentos devem ser violentos ou acidentais – a morte devido a causas naturais não é incluída – e incluem assaltos violentos, suicídios, acidentes ou lesões graves. A perturbação pode ser especialmente grave ou persistente quando o fator de stress é interpessoal e intencional (por exemplo, tortura, violação). A probabilidade de desenvolver esta perturbação pode aumentar à medida que aumenta a intensidade e proximidade física do fator de stress.

O acontecimento traumático pode ser reexperienciado de várias maneiras. Frequentemente, o indivíduo tem lembranças recorrentes e intrusivas do acontecimento (Critério B1). As lembranças são espontâneas ou desencadeadas por memórias recorrentes do acontecimento que, em regra, ocorrem em resposta a um estímulo que é uma reminiscência do acontecimento traumático (por exemplo, som do motor de um carro que desencadeiem memórias de tiros). Estas memórias intrusivas incluem muitas vezes componentes sensoriais (por exemplo,

sensação de calor intenso que foi sentido durante um incêndio numa casa), emocionais (por exemplo, vivenciar o medo de acreditar que estava prestes a ser esfaqueado) ou fisiológicas (por exemplo, vivenciar a dificuldade em respirar que experimentou quando esteve quase a afogar-se).

Sonhos que geram mal-estar podem conter elementos que são representativos ou que estão tematicamente relacionados com as ameaças mais significativas envolvidas nos acontecimentos traumáticos. (Por exemplo, no caso de um sobrevivente de um acidente de viação, os sonhos que geram mal-estar podem envolver carros acidentados; no caso de um soldado de combate, os sonhos que geram mal-estar podem envolver ser agredido de outro modo que não o combate).

Os estados dissociativos podem durar desde alguns segundos a várias horas ou mesmo dias, durante os quais alguns componentes do acontecimento são reexperienciados e o indivíduo se comporta como se estivesse a vivenciar o acontecimento naquele momento. Enquanto as respostas dissociativas são comuns durante os acontecimentos traumáticos, apenas as respostas dissociativas que duram mais de 3 dias após a exposição ao trauma são consideradas para o diagnóstico de perturbação aguda de stress. Em crianças pequenas, a representação de acontecimentos relacionados com o trauma pode surgir nas brincadeiras e incluir momentos dissociativos (por exemplo, uma criança que sobreviveu a um acidente de viação pode repetidamente simular acidentes com carros de brincar, de forma angustiada e focada). Estes episódios, em geral designados *flashbacks*, são frequentemente breves, mas envolvem a sensação de que o acontecimento traumático está a decorrer no presente, em vez de estar a ser recordado no passado e está associado a mal-estar significativo.

Alguns indivíduos com esta perturbação não apresentam memórias intrusivas do próprio acontecimento, mas, em vez disso, experienciam mal-estar psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando são expostos a acontecimentos desencadeantes que se assemelham ou simbolizam um aspeto do acontecimento traumático (por exemplo, para as crianças dias ventosos após um furacão, entrar num elevador para alguém que foi violado num elevador, ver alguém que faz lembrar o agressor). Os estímulos ativadores podem ser uma sensação física (por exemplo, sensação de calor numa vítima de fogo, tonturas em sobreviventes de traumatismos cranianos), em particular em indivíduos com apresentações muito somatizadas. O indivíduo pode ter uma incapacidade persistente de sentir emoções positivas (por exemplo, felicidade, alegria, satisfação ou emoções associadas a intimidade, ternura ou sexualidade), mas pode experimentar emoções negativas como medo, tristeza, raiva, culpa ou vergonha.

Alterações na consciência podem incluir a *despersonalização*, uma sensação de estar desligado de si mesmo (por exemplo, ver-se a si próprio a partir de outro local na sala) ou *desrealização*, tendo uma perceção distorcida do ambiente envolvente (por exemplo, perceber que algumas coisas se movem lentamente, ver as coisas distorcidas, não estar consciente dos acontecimentos a que normalmente estaria atento). Algumas pessoas também referem incapacidade para recordar aspetos do acontecimento traumático de que provavelmente se lembrariam. Este sintoma é atribuível a amnésia dissociativa e não é devido a traumatismo craniano, álcool ou drogas.

Os estímulos associados ao trauma são sistematicamente evitados. O indivíduo pode recusar-se a discutir a experiência traumática ou pode proceder a estratégias de evitamento para minimizar a vivência das reações emocionais (por exemplo, uso excessivo de álcool quando se lembra da experiência traumática). Este evitamento comportamental pode incluir

evitar assistir à cobertura noticiosa de experiências traumáticas, recusar voltar ao local de trabalho onde o trauma ocorreu ou recusar interagir com outras pessoas que também estiveram expostas à mesma experiência traumática.

É muito frequente que indivíduos com perturbação aguda de stress apresentem problemas em iniciar e manter o sono, o que pode estar associado a pesadelos ou a níveis elevados de ativação generalizada que impedem o sono adequado. Indivíduos com perturbação aguda de stress podem estar facilmente irritáveis e envolver-se em comportamentos verbal e/ou fisicamente agressivos a pequenas provocações. A perturbação aguda de stress é frequentemente caracterizada por uma sensibilidade aumentada a potenciais ameaças, incluindo aquelas que são relacionadas com as experiências traumáticas (por exemplo, uma vítima de um acidente de viação pode ser especialmente sensível a uma ameaça potencialmente causada por carros ou camiões) ou aquelas que não estão relacionadas com o acontecimento traumático (por exemplo, medo de ter um ataque cardíaco). Frequentemente são relatadas dificuldades de concentração, incluindo dificuldades em recordar acontecimentos da vida diária (por exemplo, esquecer-se do seu número de telefone) ou em executar tarefas de forma concentrada (por exemplo, seguir uma conversa durante um período de tempo). Indivíduos com perturbação aguda de stress podem ser muito reativos a estímulos inesperados, apresentando uma resposta de sobressalto exagerada ou de agitação a barulhos altos ou movimentos inesperados (por exemplo, ficar sobressaltado com o toque do telefone).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As pessoas com perturbação aguda de stress envolvem-se com frequência em pensamentos extremamente negativos ou catastróficos acerca do seu papel no acontecimento traumático, da sua resposta ao acontecimento ou sobre a probabilidade de prejuízo futuro. Por exemplo, uma pessoa com perturbação aguda de stress pode sentir-se excessivamente culpada por não ter prevenido o acontecimento ou por não se adaptar melhor à sua experiência traumática. Podem ainda interpretar os seus sintomas de forma catastrófica, de tal modo que as memórias em *flashback* ou o embotamento emocional podem ser interpretados como um sinal de diminuição das suas capacidades mentais. Nos indivíduos com perturbação aguda de stress é comum a ocorrência de ataques de pânico no primeiro mês após a exposição ao trauma, sendo que estes podem ser desencadeados por lembranças traumáticas ou ocorrer, aparentemente, de forma espontânea. Além disso, os indivíduos com perturbação aguda de stress podem apresentar comportamentos caóticos ou impulsivos. Por exemplo, conduzir de forma perigosa, tomar decisões irracionais, jogar excessivamente. Em crianças, pode haver ansiedade de separação significativa, possivelmente manifestada por necessidades excessivas de atenção por parte dos cuidadores. No caso do luto após uma morte que ocorreu em circunstâncias traumáticas, os sintomas de perturbação aguda de stress podem incluir reações de luto agudas. Em tais casos, os sintomas dissociativos, de reexperiência e de reativação podem incluir reações traumáticas à perda, tais como memórias intrusivas das circunstâncias da morte, descrença de que a pessoa tenha morrido e raiva em relação à sua morte. Os sintomas consequentes a concussão (por exemplo, cefaleias, tonturas, sensibilidade à luz e aos sons, irritabilidade, défices de concentração), que ocorrem frequentemente após lesão traumática cerebral, também são muitas vezes observados em doentes com perturbação aguda de stress. Os sintomas consequentes a concussão são igualmente comuns em populações com lesões cerebrais e em populações sem lesões cerebrais, e a ocorrência frequente de sintomas consequentes a concussão pode ser atribuída aos sintomas de perturbação aguda de stress.

Prevalência

A prevalência da perturbação aguda de stress em populações recentemente expostas a traumas (isto é, dentro do período de 1 mês após a exposição ao trauma) varia de acordo com a natureza do acontecimento e o contexto em que é avaliado. Quer na população norte-americana, quer nas populações não norte-americanas, a perturbação aguda de stress tende a ser identificada em menos de 20% dos casos após uma exposição traumática que não envolva agressão interpessoal; 13%-21% de acidentes de viação, 14% de lesão cerebral traumática ligeira, 19% de agressões, 10% de queimaduras graves e 6%-12% de acidentes industriais. Taxas mais elevadas (isto é, 20%-50%) são referidas após acontecimentos traumáticos interpessoais, incluindo agressão, violação e testemunhar um fuzilamento coletivo.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação aguda de stress não pode ser diagnosticada até 3 dias depois do acontecimento. Embora a perturbação aguda de stress possa progredir para perturbação de stress pós-traumático (PTSD) após 1 mês, também pode ser um stress transitório que remite dentro de 1 mês após a exposição traumática sem originar PTSD. Aproximadamente metade das pessoas que eventualmente desenvolvem PTSD apresenta inicialmente critérios para perturbação aguda de stress. Pode ocorrer agravamento sintomático durante o primeiro mês, geralmente como resultado de agentes fatores de stress ativos ou acontecimentos traumáticos adicionais.

As formas de reexperienciar podem variar ao longo do desenvolvimento. Ao contrário dos adultos, as crianças e os adolescentes podem referir sonhos assustadores sem conteúdo claramente relacionado com aspetos do trauma (por exemplo, acordar assustado como resultado do trauma, mas ser incapaz de relacionar o conteúdo do sonho com o acontecimento traumático). Crianças até aos 6 anos têm maior probabilidade do que as crianças mais velhas de expressar os seus sintomas de reexperiência através de brincadeiras que se referem direta ou simbolicamente ao trauma. Por exemplo, uma criança pequena que sobreviveu a um fogo pode desenhar imagens de chamas. Além disso, não manifestam necessariamente reações de medo no momento de exposição ou durante a reexperiência. Em crianças pequenas que foram traumatizadas, os pais relatam muitas vezes uma grande variedade de expressões emocionais, como raiva, vergonha, isolamento e até afetos positivos excessivos. Embora as crianças possam evitar as lembranças do trauma, por vezes ficam preocupadas com as recordações (por exemplo, uma criança mordida por um cão pode falar de cães constantemente, ainda que evite sair de casa pelo potencial risco de contacto com cães).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Este fator de risco inclui perturbação mental prévia, elevados níveis de afetividade negativa (neuroticismo), maior gravidade percebida do evento traumático e um estilo de *coping* evitante. Avaliações catastróficas da experiência traumática, geralmente caracterizadas por estimativas exageradas de sofrimento futuro, culpa e desespero, são fortemente preditivas de perturbação aguda de stress.

Ambientais. Primeiro e antes de tudo o resto, a pessoa tem de ser exposta a um acontecimento traumático para estar em risco de desenvolver uma perturbação aguda de stress. Os fatores de risco para a perturbação incluem a história prévia de trauma.

Genéticos e fisiológicos. O sexo feminino tem maior risco de desenvolver perturbação aguda de stress.

Reatividade elevada, tal como refletida por um estado de alerta acústico, prévia à exposição traumática, aumenta o risco de desenvolver uma perturbação aguda de stress.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O perfil de sintomas de perturbação aguda de stress pode variar de cultura para cultura, em especial no que respeita aos sintomas dissociativos, pesadelos, evitamento e sintomas somáticos (por exemplo, tonturas, dispneia, sensações de calor). As síndromes culturais e a expressão de mal-estar modelam os perfis de sintomas locais de perturbação aguda de stress. No primeiro mês após a exposição traumática, alguns grupos culturais podem apresentar variantes de respostas dissociativas, como possessão ou comportamentos de tipo transe. Sintomas de pânico podem ser salientes na perturbação aguda de stress entre os cambojanos devido à associação da exposição traumática com os ataques *khyâl* de tipo pânico e os *ataques de nervios* entre os latino-americanos também podem surgir após uma exposição traumática.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação aguda de stress é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino. As diferenças neurobiológicas ligadas ao sexo na resposta à exposição traumática podem contribuir para o maior risco de perturbação aguda de stress no sexo feminino. O risco aumentado no sexo feminino pode atribuir-se, em parte, a uma maior probabilidade de exposição a tipos de eventos traumáticos com um elevado risco condicional para perturbação aguda de stress, tais como violações e outras formas de violência interpessoal.

Consequências Funcionais da Perturbação Aguda de Stress

Têm sido demonstrados défices no funcionamento social, interpessoal ou ocupacional entre os sobreviventes de acidentes, agressões e violações que desenvolveram perturbação aguda de stress. Os níveis extremos de ansiedade que podem estar associados a perturbação aguda de stress podem interferir com o sono, os níveis de energia e a capacidade de realizar tarefas. Nesta perturbação, o evitamento pode resultar no afastamento generalizado de muitas situações percebidas como potencialmente perigosas, o que pode levar à falta de comparência em consultas médicas, a evitar conduzir para comparecer em compromissos importantes e ao absentismo laboral.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de ajustamento. Nas perturbações de ajustamento, o fator de stress pode ser de qualquer gravidade, ao contrário da gravidade e do tipo que são requisitos do Critério A da perturbação aguda de stress. O diagnóstico de perturbação de ajustamento é usado quando a resposta a um acontecimento do Critério A não cumpre todos os critérios para perturbação aguda de stress (ou critérios específicos para outras perturbações mentais) e quando o padrão de sintomas da perturbação aguda de stress ocorre em resposta a um fator de stress que não cumpre o Critério A, nomeadamente para exposição a ameaça ou morte real, agressão grave ou violência sexual (por exemplo, abandono pelo cônjuge, ser despedido). Por exemplo, as reações de stress graves a doenças com risco de vida que podem incluir alguns sintomas da perturbação aguda de stress serão mais bem descritas como perturbação de ajustamento. Algumas formas de resposta aguda ao stress não incluem sintomas de perturbação aguda de stress e podem ser caracterizadas por raiva, depressão ou culpa. Estas perturbações são descritas de

forma mais apropriada como perturbação de ajustamento. As respostas depressivas ou de raiva numa perturbação de ajustamento podem envolver ruminações acerca do acontecimento traumático, por oposição a memórias intrusivas e involuntárias que causam mal-estar na perturbação aguda de stress.

Perturbação de pânico. Ataques de pânico espontâneos são muito comuns na perturbação aguda de stress. Contudo, a perturbação de pânico é diagnosticada apenas se os ataques de pânico forem inesperados e existir ansiedade associada a possíveis ataques futuros ou alterações desadaptativas do comportamento associadas ao medo das terríveis consequências dos ataques.

Perturbações dissociativas. As respostas dissociativas graves (na ausência de sintomas característicos da perturbação aguda de stress) podem ser diagnosticadas como perturbação de desrealização/despersonalização. Se persiste uma amnésia grave do trauma na ausência de sintomas característicos da perturbação aguda de stress deve ser diagnosticada uma amnésia dissociativa.

Perturbação de stress pós-traumático. A perturbação aguda de stress distingue-se da PTSD porque na perturbação aguda de stress o padrão de sintomas deve ocorrer no espaço de 1 mês após o acontecimento traumático e resolver-se nesse período de 1 mês. Se os sintomas persistem por mais de 1 mês e preenchem os critérios para PTSD, o diagnóstico deve mudar de perturbação aguda de stress para PTSD.

Perturbação obsessivo-compulsiva. Na perturbação obsessivo-compulsiva existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes enquadram-se na definição de obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados com acontecimentos traumáticos vividos, as compulsões estão habitualmente presentes e outros sintomas da perturbação aguda de stress estão em geral ausentes.

Perturbações psicóticas. Na perturbação aguda de stress, os *flashbacks* devem ser distinguidos das ilusões, alucinações e outras perturbações percetivas que podem ocorrer na esquizofrenia, noutras perturbações psicóticas, perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas, *delirium*, perturbações induzidas por substância/medicamento e perturbações psicóticas devido a outra condição médica. Os *flashbacks* presentes na perturbação aguda de stress distinguem-se das outras alterações percetivas por estarem diretamente relacionados com a experiência traumática e por ocorrerem na ausência de outras características psicóticas ou induzidas por substâncias.

Lesão cerebral traumática. Quando uma lesão cerebral ocorre no contexto de um acontecimento traumático (por exemplo, acidente traumático, explosão de bomba, traumatismos por aceleração/desaceleração) podem surgir sintomas característicos de perturbação aguda de stress. Um acontecimento que cause traumatismo craniano pode também ser um acontecimento psicologicamente traumático e os sintomas neurocognitivos relacionados com lesão cerebral traumática (LCT) não são mutuamente exclusivos e podem ocorrer em simultâneo. Os sintomas anteriormente designados como pós-concussionais (por exemplo, cefaleias, tonturas, sensibilidade à luz ou ao som, irritabilidade, défices de concentração) podem ocorrer quer em populações com lesões cerebrais, quer em populações sem lesões cerebrais, incluindo indivíduos com perturbação aguda de stress. Uma vez que pode haver sobreposição entre os sintomas de perturbação aguda de stress e sintomas neurocognitivos relacionados com LCT, o diagnóstico diferencial é possível baseado na presença de sintomas característicos de cada uma das

apresentações. Enquanto o evitamento e o reexperienciar são característicos da perturbação aguda de stress e não efeitos da LCT, a desorientação e confusão persistentes são mais específicas da LCT (efeitos neurocognitivos) do que da perturbação aguda de stress. Além disso, o facto de os sintomas da perturbação aguda de stress persistirem apenas até 1 mês após a exposição ao acontecimento traumático auxilia o diagnóstico diferencial.

Perturbações de Ajustamento

Critérios de Diagnóstico

A. O desenvolvimento de sintomas emocionais e comportamentais em resposta a fatores de stress identificáveis que ocorrem nos 3 meses após o aparecimento do(s) fator(es) de stress.
B. Estes sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, manifestando-se por 1 ou 2 dos seguintes:
   1. Mal-estar acentuado que é desproporcional à gravidade ou intensidade do fator de stress, tendo em consideração o contexto externo e os fatores culturais que podem influenciar a gravidade dos sintomas e a sua apresentação.
   2. Défice significativo nas áreas sociais, ocupacionais e noutras áreas importantes do funcionamento.
C. A perturbação relacionada com stress não preenche os critérios para outra perturbação mental e não é meramente uma exacerbação de uma perturbação mental preexistente.
D. Os sintomas não representam o luto normal.
E. Uma vez terminado o fator de stress e as suas consequências, os sintomas não persistem para além de um período adicional de 6 meses.

Especificar se:

309.0 (F43.21) Com humor deprimido. Humor deprimido, choro fácil ou sentimentos de desesperança são predominantes.

309.24 (F43.22) Com ansiedade. Nervosismo, preocupação, agitação ou ansiedade de separação são predominantes.

309.28 (F43.23) Mista, com ansiedade e humor deprimido. Uma combinação de depressão e ansiedade é predominante.

309.3 (F43.24) Com perturbação do comportamento. A perturbação de comportamento é predominante.

309.4 (F43.25) Com perturbação mista de emoções e do comportamento. Predominam tanto sintomas emocionais (por exemplo, depressão, ansiedade) como a perturbação do comportamento.

309.9 (F43.20) Não especificada. Para reações desadaptativas que não são classificáveis como um dos subtipos específicos da perturbação de ajustamento.

Características de Diagnóstico

A característica essencial das perturbações de ajustamento é o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais como reação a 1 ou mais fatores de stress identificáveis (Critério A). O fator de stress pode ser um acontecimento isolado (por exemplo, rotura afetiva) ou pode ser constituído por múltiplos fatores de stress (por exemplo, dificuldades graves nos negócios e problemas conjugais). Os fatores de stress podem ser recorrentes

(por exemplo, crises sazonais nos negócios, relações sexuais não satisfatórias) ou contínuos (por exemplo, doença dolorosa persistente com incapacidade crescente, habitar em bairros de elevada criminalidade). Os fatores de stress podem afetar uma única pessoa, toda a família, um grupo maior ou mesmo toda a comunidade (por exemplo, uma catástrofe natural). Alguns fatores de stress podem acompanhar momentos específicos do desenvolvimento individual (por exemplo, entrada na escola, saída de casa dos pais, voltar à casa dos pais, casamento, nascimento dos filhos, falhar em atingir metas profissionais, reforma).

As perturbações de ajustamento podem ser diagnosticadas após a morte de um ente querido quando a intensidade, qualidade ou persistência das reações de luto excedem o que normalmente seria expectável, tendo em conta as normas apropriadas à cultura, religião e idade. Um conjunto mais específico de sintomas relacionados com o luto foi designado *perturbação de luto complicado persistente.*

As perturbações de ajustamento estão associadas a um risco aumentado de tentativas de suicídio e de suicídio consumado.

Prevalência

As perturbações de ajustamento são comuns, apesar de a prevalência variar amplamente em função da população estudada e dos métodos de avaliação utilizados. A percentagem de indivíduos em tratamento ambulatório de saúde mental varia aproximadamente entre 5% e 20%. No contexto de uma consulta psiquiátrica hospitalar, a perturbação de ajustamento é muitas vezes o diagnóstico mais comum, atingindo muitas vezes os 50%.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a perturbação de ajustamento inicia-se dentro de 3 meses após a situação de stress e não ultrapassa os 6 meses de duração após a situação de stress ou as suas consequências terem cessado. Se o fator de stress for um acontecimento agudo (por exemplo, ser despedido do emprego), o início da perturbação é em geral imediato (isto é, dentro de poucos dias) e a duração é relativamente breve (isto é, não é superior a alguns meses). Se o fator de stress ou as suas consequências persistirem, a perturbação de ajustamento pode continuar a estar presente e tornar-se persistente.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Os indivíduos com contextos de vida desfavorecidos experimentam uma elevada taxa de fatores de stress e podem apresentar um risco aumentado de perturbações de ajustamento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O contexto cultural do indivíduo deve ser considerado quando se procede à avaliação clínica de se a resposta do indivíduo ao fator de stress é desadaptativa ou se o mal-estar associado é excessivo em relação ao que seria esperado. A natureza, o significado, a vivência dos fatores de stress e a avaliação da resposta aos fatores de stress pode variar de cultura para cultura.

Consequências Funcionais das Perturbações de Ajustamento

O mal-estar subjetivo e o défice no funcionamento associado às perturbações de ajustamento manifestam-se com frequência como uma diminuição do desempenho no trabalho

ou na escola e como alterações temporárias nas relações sociais. Uma perturbação de ajustamento pode complicar o curso de uma doença nos indivíduos que têm uma condição médica geral (por exemplo, diminuição da adesão ao regime médico recomendado; aumento da duração do internamento).

Diagnóstico Diferencial

Perturbação depressiva major. Se um indivíduo tem sintomas que preenchem os critérios para perturbação depressiva major, o diagnóstico de perturbação de ajustamento não se aplica. O perfil de sintomas da perturbação depressiva major permite diferenciá-la das perturbações de ajustamento.

Perturbação de stress pós-traumático e perturbação aguda de stress. Nas perturbações de ajustamento, o fator de stress pode ser de qualquer gravidade. Esta característica é significativamente diferente da gravidade e do tipo de fator de stress requerido no Critério A para a perturbação aguda de stress e a perturbação de stress pós-traumático (PTSD). Na distinção entre as perturbações de ajustamento e estes dois diagnósticos pós-traumáticos, é necessário considerar os perfis cronológico e de sintomas. A perturbação de ajustamento pode ser diagnosticada imediatamente e persistir até 6 meses após a exposição ao acontecimento traumático, enquanto a perturbação aguda de stress pode ocorrer apenas entre 3 dias e 1 mês após a exposição ao fator de stress e a PTSD não pode ser diagnosticada até ter passado pelo menos 1 mês da ocorrência do acontecimento gerador de stress. O perfil sintomático necessário para PTSD e para perturbação aguda de stress diferencia-as das perturbações de ajustamento. No que diz respeito ao perfil sintomático, uma perturbação de ajustamento pode ser diagnosticada após um acontecimento traumático quando um indivíduo apresenta sintomas de perturbação aguda de stress ou de PTSD que não preenchem ou excedem o limiar de diagnóstico das duas condições. Uma perturbação de ajustamento também deve ser diagnosticada em indivíduos que não foram expostos a um acontecimento traumático, mas que por outro lado apresentam o quadro sintomático completo para perturbação aguda de stress ou para PTSD.

Perturbações da personalidade. No que respeita às perturbações da personalidade, algumas características da personalidade podem estar associadas a vulnerabilidade a situações geradoras de mal-estar que podem assemelhar-se a uma perturbação de ajustamento. A história ao longo da vida do funcionamento da personalidade vai ajudar à interpretação dos comportamentos perturbados, de modo a auxiliar a distinguir entre uma perturbação da personalidade de longa duração e uma perturbação de ajustamento. Para além de algumas perturbações da personalidade provocarem vulnerabilidade para mal-estar, os fatores de stress também podem exacerbar os sintomas das perturbações da personalidade. Na presença de uma perturbação da personalidade, deve ser feito o diagnóstico de perturbação de ajustamento se estiverem preenchidos os critérios sintomáticos para uma perturbação de ajustamento e a perturbação relacionada com o stress exceder o que pode ser atribuível aos sintomas de uma perturbação da personalidade desadaptativa (isto é, o Critério C está preenchido).

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas. Entre os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, algumas entidades psicológicas específicas (por exemplo, sintomas psicológicos, comportamentos e outros fatores) exacerbam a condição médica. Estes fatores psicológicos podem precipitar, exacerbar ou colocar o indivíduo em risco para

uma doença médica ou podem agravar uma condição já existente. Em contraste, a perturbação de ajustamento é uma reação a um fator de stress (por exemplo, ter uma doença médica).

Reações normativas de stress. Quando coisas más acontecem, a maioria das pessoas fica desagradada. Esta reação não constitui uma perturbação de ajustamento. O diagnóstico apenas deve ser feito quando a intensidade do mal-estar (por exemplo, alterações do humor, ansiedade ou comportamento) excedem o que seria normalmente expectável (o que pode variar entre diferentes culturas) ou quando o acontecimento adverso precipita um défice funcional.

Comorbilidades

As perturbações de ajustamento podem acompanhar a maioria das perturbações mentais e qualquer condição médica. As perturbações de ajustamento podem ser diagnosticadas em conjunto com outra perturbação mental apenas se esta última não explicar o quadro clínico específico que ocorre em reação ao fator de stress. Por exemplo, um indivíduo pode desenvolver uma perturbação de ajustamento com humor deprimido após perder o emprego e ao mesmo tempo ter um diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva. Ou ainda, um indivíduo pode ter uma perturbação depressiva ou bipolar e uma perturbação de ajustamento desde que estejam preenchidos os critérios para ambos os diagnósticos. As perturbações de ajustamento são diagnósticos que acompanham comummente doenças médicas e podem se a principal resposta psicológica a uma condição médica.

Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress com Outra Especificação

309.89 (F43.8)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de perturbação relacionada com trauma e fatores de stress que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica de perturbação relacionada com trauma e fatores de stress. A categoria perturbação relacionada com trauma e fatores de stress com outra especificação é utilizada em situações em que o clínico opta por não especificar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação relacionada com trauma e fatores de stress específica. Tal é realizado pelo registo de «perturbação relacionada com trauma e fatores de stress com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «perturbação de luto complicado persistente»).

Exemplos de apresentações que podem ser classificadas usando a designação «com outra especificação» incluem os seguintes:

1. **Perturbações de tipo ajustamento com início tardio dos sintomas que ocorrem mais de 3 meses depois do fator de stress.**
2. **Perturbações de tipo ajustamento com duração prolongada de mais de 6 meses sem duração prolongada do fator de stress.**
3. ***Ataque de nervios***. Ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar», no Anexo.
4. **Outras síndromes culturais**. Ver «Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar», no Anexo.
5. **Perturbação de luto complicado persistente**. Esta perturbação é caracterizada por luto grave e persistente e reações de luto (ver o capítulo «Condições para Estudo Futuro»).

Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Stress Não Especificada

309.9 (F43.9)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de perturbação relacionada com trauma e fatores de stress que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica de perturbação relacionada com trauma e fatores de stress. A categoria perturbação relacionada com trauma e fatores de stress não especificada é utilizada em situações em que o clínico opta por não especificar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação relacionada com trauma e fatores de stress específica e inclui apresentações nas quais não há informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência).

Perturbações Dissociativas

As perturbações dissociativas são caracterizadas por uma disrupção e/ou descontinuidade na normal integração da consciência, memória, identidade, emoção, perceção, representação corporal, controlo motor e comportamento. Os sintomas dissociativos podem potencialmente afetar qualquer área do funcionamento psicológico. Este capítulo inclui a perturbação dissociativa da identidade, amnésia dissociativa, perturbação de despersonalização/desrealização, perturbação dissociativa com outra especificação e perturbação dissociativa não especificada.

Os sintomas dissociativos são experienciados como: a) intrusões espontâneas na consciência e comportamento, acompanhadas de perdas de continuidade na experiência subjetiva (isto é, sintomas dissociativos «positivos», como fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização), e/ou b) inabilidade para aceder a informação ou para controlar funções mentais que em regra se encontram imediatamente disponíveis para acesso ou controlo (isto é, sintomas dissociativos «negativos» como amnésia).

As perturbações dissociativas são frequentemente encontradas na sequência de um trauma e muitos dos sintomas, incluindo o embaraço e a confusão acerca desses sintomas ou o desejo de os esconder, são influenciados pela proximidade do trauma. No DSM-5, as perturbações dissociativas estão colocadas como próximas, mas não como fazendo parte, das perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress, refletindo a relação de proximidade entre estas classes diagnósticas. Tanto a perturbação aguda de stress como a perturbação de stress pós-traumático contêm sintomas dissociativos como amnésia, *flashbacks*, embotamento e despersonalização/desrealização.

A *perturbação de despersonalização/desrealização* é caracterizada por despersonalização persistente ou recorrente (isto é, experiências de irrealidade ou distanciamento da própria mente, Eu ou corpo) e/ou desrealização (isto é, experiências de irrealidade ou distanciamento do seu meio envolvente) clinicamente significativas. Estas alterações da experiência são acompanhadas por um teste da realidade intacto. Não existe evidência de alguma distinção entre indivíduos com predominância de sintomas de despersonalização ou de desrealização. Assim, indivíduos com esta perturbação podem apresentar despersonalização, desrealização ou ambos.

A *amnésia dissociativa* é caracterizada por incapacidade de relembrar informação autobiográfica. Esta amnésia pode ser localizada (isto é, um evento ou período de tempo) ou generalizada (isto é, identidade e história de vida). Fundamentalmente, na amnésia dissociativa trata-se de uma incapacidade de relembrar informação autobiográfica, inconsistente com o normal esquecimento. Pode ou não envolver viajar intencionalmente ou vaguear confusamente (isto é, fuga). Embora alguns indivíduos com amnésia verifiquem prontamente

que «se perderam no tempo» ou que têm uma falha na memória, a maioria dos indivíduos com perturbações dissociativas de início não reconhece a sua amnésia. Para eles, o reconhecimento da amnésia apenas ocorre quando perdem a identidade pessoal ou quando as circunstâncias fazem que estes indivíduos reconheçam a falta de informação autobiográfica (por exemplo, quando descobrem evidências de eventos de que não se conseguem lembrar ou quando outros lhes falam ou perguntam acerca de eventos de que não se conseguem lembrar). Até que tal aconteça, estes indivíduos apresentam «amnésia da sua amnésia». A amnésia é experienciada como uma característica essencial da amnésia dissociativa; de forma mais comum os indivíduos podem experienciar amnésia localizada ou seletiva ou, mais raro, amnésia generalizada. A fuga dissociativa é rara em pessoas com amnésia dissociativa, mas comum na perturbação dissociativa da identidade.

A perturbação dissociativa da identidade é caracterizada por: a) presença de 2 ou mais estados de personalidade distintos ou por uma experiência de possessão; e b) episódios recorrentes de amnésia. A fragmentação da identidade pode variar com a cultura (por exemplo, apresentações na forma de possessão) e circunstâncias. Assim, os indivíduos podem experienciar descontinuidades na identidade e memória, que podem não ser de imediato evidentes para os outros ou ser encobertas por tentativas de esconder a disfunção. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade experienciam: a) intromissões inexplicáveis, recorrentes, no seu funcionamento consciente e no seu sentido do Eu (por exemplo, vozes; ações e discurso dissociados; pensamentos, emoções e impulsos intrusivos); b) alterações no sentido do Eu (por exemplo, atitudes, preferências e sentimento de que o próprio corpo ou ações não são seus); c) alterações estranhas da perceção (por exemplo, despersonalização ou desrealização, como sentir-se distanciado do próprio corpo enquanto se corta); e d) sintomas neurológicos funcionais intermitentes. O stress produz muitas vezes exacerbação dos sintomas dissociativos, tornando-os mais evidentes.

A categoria residual de perturbação dissociativa com outra especificação apresenta 7 exemplos: sintomas dissociativos mistos crónicos ou recorrentes, que se aproximam mas não cumprem, por pouco, os critérios de diagnóstico de perturbação dissociativa da identidade; estados dissociativos secundários a uma lavagem cerebral ou a uma reformulação do pensamento; 2 apresentações agudas, de duração inferior a 1 mês, de sintomas dissociativos mistos, uma das quais também marcada pela presença de sintomas psicóticos; e 3 apresentações de sintoma único dissociativo – transe dissociativo, estupor ou coma dissociativo e síndrome de Ganser (fornecimento de respostas vagas e aproximadas).

Perturbação Dissociativa da Identidade

Critérios de Diagnóstico **300.14 (F44.81)**

A. Disrupção da identidade caracterizada por 2 ou mais estados da personalidade distintos, os quais podem ser descritos nalgumas culturas como experiências de possessão. A disrupção na identidade envolve uma marcada descontinuidade no sentido do Eu e de agência, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, comportamento, consciência, memória, perceção, cognição e/ou funcionamento sensorimotor. Estes sinais e sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo indivíduo.

B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos do dia-a-dia, informação pessoal importante e/ou eventos traumáticos que são inconsistentes com o vulgar esquecimento.

C. Os sintomas causam mal-estar ou incapacidade clinicamente significativos a nível social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. A perturbação não é uma parte normal de uma prática cultural ou religiosa largamente aceite. **Nota**. Nas crianças, os sintomas não são mais bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de faz-de-conta.
E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, *black-out* ou comportamento caótico durante uma intoxicação alcoólica) ou outra condição médica (por exemplo, crises convulsivas parciais complexas).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação dissociativa da identidade é a presença de 2 ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão (Critério A). A evidência ou dissimulação destes estados de personalidade variam no entanto em função da motivação psicológica, do nível atual de stress, cultura, conflitos e dinâmicas internos e resiliência emocional. Períodos sustentados de disrupção da identidade podem ocorrer quando as pressões psicossociais são graves e/ou prolongadas. Em muitos casos da forma de possessão da perturbação dissociativa da identidade e numa pequena proporção de casos de não possessão, as manifestações de identidades alternadas são altamente patentes. A maioria dos indivíduos com formas não possessivas da perturbação dissociativa da identidade não apresenta de forma evidente a sua descontinuidade de identidade por longos períodos de tempo; só uma pequena minoria se apresenta à atenção clínica com alternâncias observáveis da identidade. Quando os estados de personalidade alternados não são diretamente observáveis, a perturbação pode ser identificada por 2 grupos de sintomas: 1) alterações súbitas ou descontinuidades no sentido do Eu ou de agência (Critério A); 2) amnésias dissociativas recorrentes (Critério B).

Os sintomas do Critério A estão relacionados com descontinuidades da experiência que podem afetar qualquer aspeto do funcionamento de um indivíduo. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade podem relatar que repentinamente se sentiram observadores despersonalizados do «seu próprio» discurso e ações, podendo sentir-se incapazes de os parar (sentido do Eu). Estes indivíduos podem também relatar perceções de vozes (por exemplo, a voz de uma criança; choro; a voz de um ser espiritual). Nalguns casos, as vozes são experienciadas como múltiplas, causadoras de perplexidade, fluxos independentes de pensamento sobre os quais o indivíduo não sente controlo. Podem subitamente emergir emoções fortes, impulsos e mesmo discurso e outras ações, sem um sentimento de posse ou controlo (sentido de agência). Estas emoções e impulsos são frequentemente relatados como egodistónicos e enigmáticos. Atitudes, perspetivas e preferências pessoais (por exemplo, acerca de comida, atividades, vestuário) podem subitamente mudar e depois mudar de volta. Os indivíduos podem relatar que sentem o seu corpo diferente (por exemplo, como uma criança, como alguém do sexo oposto, enorme e musculado). As alterações no sentido do Eu e a perda de agência pessoal podem ser acompanhadas por um sentimento de que estas atitudes, emoções, comportamentos e até o próprio corpo, «não são meus» e/ou «não estão sob o meu controlo». Embora a maioria dos sintomas do Critério A sejam subjetivos, muitas destas descontinuidades repentinas no discurso, afeto e comportamento podem ser testemunhadas por família, amigos ou pelo clínico. As convulsões não epiléticas e outros sintomas conversivos são proeminentes nalgumas apresentações da perturbação dissociativa da identidade, especialmente em contextos não ocidentais.

A amnésia dissociativa dos indivíduos com perturbação dissociativa da identidade manifesta-se de 3 formas principais: 1) lacunas na memória remota para eventos da vida pessoal (por exemplo, períodos da infância ou adolescência; alguns eventos de vida importantes como a morte de um avô, casar, nascimento de um filho); 2) lapsos na memória confiável (por exemplo, o que aconteceu hoje, capacidades bem apreendidas como fazer o seu trabalho, usar o computador, ler, conduzir); 3) descoberta de evidências de tarefas e ações do dia-a-dia que não recordavam de ter realizado (por exemplo, encontrar objetos inexplicados nos seus sacos de compras ou posses; encontrar escritos ou desenhos que teriam de ter sido por eles criados; descobrir ferimentos; «dar de caras com algo» quando se encontram a meio de uma tarefa). As fugas dissociativas, em que a pessoa descobre estar numa viagem dissociada, são comuns. Assim, os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade podem relatar que repentinamente se aperceberam de que se encontravam numa praia, no trabalho, num clube noturno ou num local da casa (por exemplo, na despensa, na cama ou sofá, num canto), sem memória de como chegaram até ali. A amnésia em indivíduos com perturbação dissociativa da identidade não é limitada a eventos stressantes ou traumáticos; estes indivíduos também com frequência não conseguem recordar eventos do dia-a-dia.

Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade variam na sua consciência e atitude perante a sua amnésia. É comum para estes indivíduos minimizarem os seus sintomas amnésicos. Alguns dos seus comportamentos amnésicos podem ser aparentes para os outros – como quando estas pessoas não conseguem recordar algo que foram vistas a fazer ou dizer, quando não conseguem recordar o próprio nome ou quando não conseguem reconhecer o seu cônjuge, filhos ou amigos próximos.

As identidades na forma de possessão da perturbação dissociativa da identidade manifestam-se tipicamente como comportamentos em que um «espírito», um ser sobrenatural ou uma pessoa externa parece ter tomado o controlo, de tal forma que o indivíduo começa a falar e a agir de forma distintamente diferente. Por exemplo, um comportamento do indivíduo pode dar a aparência de que a sua identidade foi substituída por um «fantasma» de uma rapariga que cometeu suicídio na mesma comunidade anos antes, falando e agindo como se ela ainda estivesse viva. Ou um indivíduo pode ter sido «possuído» por um demónio ou divindade, resultando num profundo comprometimento e exigindo que o indivíduo ou familiar seja punido por um ato passado, seguindo-se períodos de alteração de identidade mais subtis. No entanto, a maioria dos estados de possessão no mundo são normais, habitualmente fazendo parte de práticas espirituais, não cumprindo critérios para perturbação dissociativa da identidade. As identidades que surgem na forma de possessão da perturbação dissociativa da identidade apresentam-se recorrentemente, são involuntárias e não desejadas, causam mal-estar e incapacidade clinicamente significativos (Critério C) e não são uma parte normal de uma prática cultural ou religiosa largamente aceite (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade apresentam tipicamente depressão comórbida, ansiedade, abuso de substâncias, automutilações, convulsões não epiléticas ou outros sintomas comuns. Muitas das vezes escondem ou não têm noção de disrupções na consciência, amnésia ou outros sintomas dissociativos. Muitos indivíduos com perturbação dissociativa da identidade relatam *flashbacks* dissociativos, durante os quais experimentam um reviver sensorial de um evento prévio que julgam estar a ocorrer no presente. Com

frequência, decorrem com mudança de identidade, perda completa ou parcial de contacto ou desorientação com a realidade atual durante o *flashback* e amnésia subsequente para o conteúdo deste. Os indivíduos com a perturbação relatam tipicamente múltiplos tipos de maus-tratos interpessoais durante a infância e idade adulta. Formas de apresentação sem maus-tratos, eventos de vida precoces opressivos como procedimentos médicos múltiplos, longos e dolorosos, podem também ser relatados. Automutilações e comportamentos suicidas são frequentes. Em medições padronizadas, estes indivíduos revelam níveis mais elevados de suscetibilidade à hipnose e dissociabilidade quando comparados com outros grupos clínicos e controlos saudáveis. Alguns indivíduos experienciam fenómenos ou episódios psicóticos transitórios. Várias regiões cerebrais têm sido implicadas na patofisiologia da perturbação dissociativa da identidade, incluindo o córtex orbitofrontal, o hipocampo, o giro para-hipocampal e amígdala.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação dissociativa da identidade, nos adultos, num pequeno estudo de comunidade nos EUA foi de 1,5%. A prevalência por sexo nesse estudo foi de 1,6% para o sexo masculino e 1,4% para o feminino.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação dissociativa da identidade encontra-se associada a experiências opressivas, eventos traumáticos e/ou abusos ocorridos na infância. A perturbação completa pode manifestar-se pela primeira vez em qualquer idade (desde a infância precoce até à idade avançada). Nas crianças a dissociação pode originar problemas na memória, concentração, vinculação e brincadeiras traumáticas. No entanto, as crianças em regra não apresentam mudanças de identidade; em vez disso, apresentam-se primariamente com sobreposição e interferência entre estados mentais (fenómenos do Critério A), com sintomas relacionados com a descontinuidade da experiência. Mudanças súbitas na identidade durante a adolescência podem parecer só a confusão da adolescência ou os estádios precoces de outra perturbação mental. Indivíduos mais velhos podem apresentar-se no tratamento com quadros que parecem ser perturbações do humor tardias, perturbação obsessivo-compulsiva, paranoia, perturbações psicóticas do humor ou mesmo perturbações cognitivas devido à amnésia dissociativa. Nalguns casos, com o avançar da idade, as memórias e os afetos disruptivos podem intrometer-se cada vez mais na consciência.

Descompensação psicológica e mudanças claras na identidade podem ser desencadeadas por: 1) remoção da situação traumática (por exemplo, após mudar de casa); 2) os filhos chegarem à mesma idade na qual o indivíduo foi originariamente abusado ou traumatizado; 3) experiências traumáticas tardias, mesmo que pareçam inconsequentes, como um pequeno acidente rodoviário. 4) a morte ou o início de uma doença fatal no abusador.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. O abuso físico e sexual interpessoal encontra se associado a um risco aumentado de perturbação dissociativa da identidade. A prevalência de abuso e negligência na infância nos EUA, Canadá e Europa entre aqueles com a perturbação é de cerca de 90%. Outras formas de experiências traumatizantes incluindo procedimentos médicos e cirúrgicos na infância, guerra, prostituição infantil e terrorismo foram reportados.

Modificadores de curso. Abuso mantido, reexposição ao trauma, comorbilidade com outras perturbações mentais, doença médica grave e atraso no tratamento apropriado estão associados com pior prognóstico.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Muitas características da perturbação dissociativa da identidade podem ser influenciadas pelo enquadramento cultural do indivíduo. Indivíduos com esta perturbação podem apresentar-se com sintomas neurológicos medicamente inexplicáveis como convulsões não epiléticas, paralisia ou perda sensorial, em contextos culturais em que estes sintomas são comuns. Similarmente, em contextos onde a possessão normativa é comum (por exemplo, áreas rurais em países em desenvolvimento, entre certos grupos religiosos nos EUA e Europa), as identidades fragmentadas podem tomar a forma de espíritos, divindades, demónios, animais ou figuras míticas. A aculturação ou contacto intercultural prolongado pode moldar as características das outras identidades (por exemplo, as identidades na Índia podem falar inglês exclusivamente ou usar vestuário ocidental). A forma de possessão da perturbação dissociativa da identidade pode ser distinguida de estados de possessão culturalmente aceites por esta ser involuntária, causar mal-estar, ser incontrolável e frequentemente ser recorrente ou persistente; envolve conflito entre o indivíduo e o seu ambiente familiar, social e ocupacional; manifesta-se em locais e tempo que violam as normas da cultura ou religião.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Mulheres com perturbação dissociativa da identidade predominam no contexto clínico de adultos mas não no contexto clínico infantil. Os homens adultos com perturbação dissociativa da identidade podem negar os seus sintomas e história de trauma, podendo isto levar a taxas de diagnósticos falsos-negativos elevadas. As mulheres com perturbação dissociativa da identidade apresentam-se mais frequentemente com estados dissociativos agudos (por exemplo, *flashbacks*, amnésia, fuga, sintomas neurológicos funcionais [conversivos], alucinações, automutilações). Os homens exibem com maior frequência comportamentos criminosos ou violentos do que as mulheres; entre os homens, desencadeantes comuns de estados dissociativos agudos incluem o combate, condições prisionais e agressões físicas e sexuais.

Risco de Suicídio

Mais de 70% dos doentes de ambulatório com perturbação dissociativa da identidade tentaram o suicídio; múltiplas tentativas são comuns e os comportamentos autolesivos, frequentes. A avaliação do risco de suicídio pode ser complicada quando existe amnésia para comportamentos suicidários passados ou quando a identidade apresentada não se sente suicida e não tem consciência de que outras identidades dissociadas o sentem.

Consequências Funcionais da Perturbação Dissociativa da Identidade

O comprometimento varia largamente, desde aparentemente mínimo (por exemplo, em profissionais de elevado nível de funcionamento) a profundo. Independentemente do nível de incapacidade, os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade em regra minimizam o impacte dos seus sintomas dissociativos e sintomas pós-traumáticos. Os sintomas em indivíduos de elevado nível de funcionamento podem comprometer mais as suas funções relacionais, maritais, familiares e parentais do que a sua vida profissional e ocupacional

(embora esta também possa ser afetada). Com tratamento apropriado, muitos indivíduos incapacitados mostram melhorias marcadas no funcionamento ocupacional e pessoal. No entanto, alguns mantêm-se muito incapacitados na maioria das atividade da vida. Estes indivíduos podem apenas responder ao tratamento muito lentamente, com redução gradual ou tolerância melhorada aos seus sintomas dissociativos e pós-traumáticos. Tratamento de suporte de longo prazo pode lentamente melhorar a capacidade destes indivíduos para lidar com os seus sintomas e diminuir o uso de níveis de cuidados mais restritivos.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação dissociativa com outra especificação. O núcleo da perturbação dissociativa da identidade é a divisão da identidade, com disrupções recorrentes do funcionamento consciente e do sentido do Eu. Esta característica central é partilhada com uma das formas de perturbação dissociativa com outra especificação, a qual pode ser distinguida da perturbação dissociativa da identidade pela presença de sintomas dissociativos crónicos ou recorrentes mistos que não cumprem o Critério A de perturbação dissociativa da identidade ou que não são acompanhados por amnésia recorrente.

Perturbação depressiva major. Os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade estão muitas vezes deprimidos e os seus sintomas podem parecer cumprir critérios para episódio depressivo major. A avaliação rigorosa indica que esta depressão nalguns casos não cumpre os critérios para episódio depressivo major. A perturbação depressiva com outra especificação em indivíduos com perturbação dissociativa da identidade com frequência tem outra característica importante: o humor e as cognições depressivas flutuam porque são experienciadas nalguns estados de identidade e noutros não.

Perturbações bipolares. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade são muitas vezes erradamente diagnosticados com perturbação bipolar, sobretudo perturbação bipolar tipo II. As mudanças relativamente rápidas do humor nos indivíduos com esta perturbação – tipicamente em minutos ou horas, contrastando com as mudanças lentas de humor tipicamente vistas nos indivíduos com perturbações bipolares – são devidas às mudanças rápidas e subjetivas do humor em regra registadas transversalmente aos estados dissociativos, acompanhadas por vezes de flutuação nos níveis de ativação. Além disto, na perturbação dissociativa da identidade, o humor deprimido ou elevado pode ser exibido em conjunto com identidades evidentes, podendo um ou outro humor dominar por um período relativamente longo (muitas vezes dias) ou mudar em minutos.

Perturbação de stress pós-traumático. Alguns indivíduos traumatizados apresentam tanto perturbação de stress pós-traumático (PTSD) como perturbação dissociativa da identidade. Assim, é crucial distinguir entre indivíduos apenas com PSPTs e indivíduos que apresentam ambas as perturbações. Este diagnóstico diferencial requer que o clínico estabeleça a presença ou ausência de sintomas dissociativos que não são característicos de perturbação de stress pós-traumático, ou PTSD. Alguns indivíduos com PTSD manifestam sintomas dissociativos que também ocorrem na perturbação dissociativa da identidade: 1) amnésia para alguns aspetos do trauma, 2) *flashbacks* dissociativos (por exemplo, reviver do trauma, com consciência reduzida da sua orientação atual) e 3) sintomas de intrusão e evitamento, alterações negativas na cognição e humor e hiperactivação que se concentram à volta do evento traumático. Por outro lado, indivíduos com perturbação dissociativa da identidade manifestam sintomas dissociativos que

não são uma manifestação de PTSD: 1) amnésia para muitos eventos do dia-a-dia (isto é, não traumáticos), 2) *flashbacks* dissociativos que podem ser seguidos de amnésia para o conteúdo do *flashback*, 3) intrusões disruptivas (não relacionadas com o material traumático) por estados de identidade dissociados no sentido do Eu e de agência do indivíduo, e 4) mudanças abruptas, infrequentes, entre diferentes estados de identidade.

Perturbações psicóticas. A perturbação dissociativa da identidade pode ser confundida com esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas. As vozes interiores personificadas, internamente comunicativas, da perturbação dissociativa da identidade, em especial de uma criança (por exemplo, «Ouço uma rapariguinha a chorar num armário e um homem zangado a gritar com ela»), podem ser confundidas com alucinações psicóticas. Experiências dissociativas de identidade fragmentada ou possuída e de perceção de perda de controlo sobre os pensamentos, sentimentos, impulsos e atos, podem ser confundidas com sinais de perturbação formal do pensamento como inserção ou roubo do pensamento. Os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade podem também relatar alucinações visuais, táteis, olfativas, gustativas e somáticas, as quais são habitualmente relacionadas com fatores pós-traumáticos e dissociativos como *flashbacks* parciais. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade experimentam estes sintomas como causados por identidades alternadas, não tendo explicações delirantes para estes fenómenos e, com frequência, descrevem os sintomas de uma forma personificada (por exemplo, «sinto que alguém quer chorar com os meus olhos»). Vozes internas persecutórias e derrogatórias na perturbação dissociativa da identidade associada a sintomas depressivos podem levar ao diagnóstico errado de depressão major com características psicóticas. Mudanças caóticas da identidade e intrusões agudas que rompem os processos do pensamento podem ser distinguidas da perturbação psicótica breve pela predominância de sintomas dissociativos e amnésia para o episódio. A avaliação diagnóstica após a cessação da crise pode ajudar a confirmar o diagnóstico.

Perturbações induzidas por substância/medicamento. Os sintomas associados aos efeitos fisiológicos de uma substância podem ser distinguidos da perturbação dissociativa da identidade se a substância em questão é tida como etiologicamente responsável pela alteração.

Perturbações da personalidade. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade apresentam muitas vezes identidades que encapsulam uma variedade de características graves de perturbação da personalidade, sugerindo o diagnóstico diferencial de perturbação da personalidade, em especial o tipo estado-limite. No entanto, e importante, a variabilidade longitudinal do indivíduo no estilo de personalidade (devido a inconsistências entre identidade) difere da disfunção persistente e global na gestão de afetos e relações interpessoais típicas daqueles com perturbação da personalidade.

Perturbação conversiva (perturbação de sintomas neurológicos funcionais). Esta perturbação pode ser distinguida da perturbação dissociativa da identidade pela ausência de uma disrupção da identidade caracterizada por 2 ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão. A amnésia dissociativa na perturbação de conversão é mais limitada e circunscrita (por exemplo, amnésia para convulsões não epiléticas).

Perturbações convulsivas. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade podem apresentar sintomas tipo convulsões e comportamentos que se assemelham a crises parciais complexas com focos no lobo temporal. Estes incluem *déjà vu*, *jamais vu*, despersonalização, desrealização, fenómenos «fora do corpo», amnésia, disrupções da consciência, alucinações

e outros fenómenos de intrusão de sensações, afetos e pensamentos. Achados normais eletrencefalográficos, incluindo telemetria, diferenciam as convulsões não epiléticas de sintomas tipo convulsivos da perturbação dissociativa da identidade. Adicionalmente, indivíduos com perturbação dissociativa da identidade obtêm resultados muito altos de dissociação, enquanto indivíduos com crises parciais complexas não.

Perturbação factícia e simulação. Os indivíduos que fingem perturbação dissociativa da identidade não relatam os sintomas subtis de intrusão característicos da perturbação; em vez disso, têm tendência a relatar exageradamente os sintomas da perturbação mais divulgados, como amnésia dissociativa, relatando menos sintomas comórbidos pouco divulgados, como a depressão. Os indivíduos que fingem perturbação dissociativa da identidade tendem a estar relativamente pouco perturbados ou parecem mesmo apreciar «ter» a perturbação. Contrastando, os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade genuína tendem a estar envergonhados ou sobrecarregados pelos seus sintomas, relatando insuficientemente os sintomas ou negando a sua condição. A observação sequencial, que corrobore a história, e avaliações psicométricas e psicológicas intensivas podem ser úteis na avaliação.

Os indivíduos que simulam perturbação dissociativa da identidade criam em regra identidades alternadas limitadas e estereotipadas, com amnésia fingida, relacionadas com eventos nos quais são procurados ganhos. Por exemplo, podem apresentar uma identidade «totalmente boa» e uma «totalmente má» na esperança de ganhar desculpa por um crime.

Comorbilidades

Muitos indivíduos com perturbação dissociativa da identidade apresentam-se com uma perturbação comórbida. Se não forem avaliados e tratados especificamente para a perturbação dissociativa, estes indivíduos muitas vezes apenas recebem tratamento prolongado para o diagnóstico comórbido, com resposta ao tratamento em geral limitada, resultando em desmoralização e incapacidade.

Os indivíduos com perturbação dissociativa da identidade em regra exibem um largo número de perturbações comórbidas. Em particular, a maioria desenvolve PTSD. Outras perturbações que são altamente comórbidas com a perturbação dissociativa da identidade incluem as perturbações depressivas, perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress, perturbações da personalidade (especialmente perturbações da personalidade evitante e estado-limite), perturbação conversiva (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), perturbação de sintoma somático, perturbações do comportamento alimentar, perturbações relacionadas com o uso de substâncias, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações do sono. As alterações dissociativas na identidade, memória e consciência podem afetar a apresentação de sintomas das perturbações comórbidas.

Amnésia Dissociativa

Critérios de Diagnóstico 300.12 (F44.0)

A. Incapacidade para relembrar informação autobiográfica importante, em regra de natureza traumática ou stressante, que é inconsistente com o vulgar esquecimento. **Nota**. A amnésia dissociativa mais frequentemente consiste em amnésia localizada ou seletiva para um evento ou eventos específicos; ou amnésia generalizada para identidade e história de vida.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, álcool ou outra droga de abuso, um medicamento) ou uma condição neurológica ou outra condição médica (por exemplo, crises convulsivas parciais complexas, amnésia global transitória, sequelas de um traumatismo craniano/lesão traumática cerebral, outras doenças neurológicas).
D. A perturbação não é mais bem explicada por perturbação dissociativa da identidade, perturbação de stress pós-traumático, perturbação aguda de stress, perturbação de sintomas somáticos ou perturbação neurocognitiva major ou ligeira.

Nota de codificação. O código para amnésia dissociativa sem fuga dissociativa é **300.12 (F44.0)**. O código para amnésia dissociativa com fuga dissociativa é **300.13 (F44.1)**.

Especificar se:

300.13 (F44.1) Com fuga dissociativa. Viagem aparentemente intencional ou deambulação confusa que está associada a amnésia para a identidade ou outra informação autobiográfica importante.

Características de Diagnóstico

A característica definidora da amnésia dissociativa é a incapacidade para relembrar informação autobiográfica importante que 1) deveria estar convenientemente armazenada na memória e 2) por norma deveria ser acedida rapidamente (Critério A). A amnésia dissociativa difere das amnésias permanentes devidas a danos neurobiológicos ou toxicidade, que impedem o armazenamento de memória ou a sua recuperação, uma vez que é sempre potencialmente reversível porque a memória foi armazenada de forma bem-sucedida.

A *amnésia localizada*, uma falha ao relembrar eventos durante um período de tempo circunscrito, é a forma mais comum de amnésia dissociativa. A amnésia localizada pode ser mais abrangente do que a amnésia para um único evento traumático (por exemplo, meses ou anos associados a abuso infantil ou combate intenso). Na *amnésia seletiva*, o indivíduo pode recordar alguns, mas não todos, os eventos durante um período de tempo circunscrito. Assim, o indivíduo pode lembrar-se de parte de um evento traumático mas não de outras partes. Alguns indivíduos relatam amnésia localizada e seletiva.

A *amnésia generalizada*, uma perda de memória completa para a sua história de vida, é rara. Os indivíduos com amnésia generalizada podem esquecer a identidade pessoal. Alguns perdem conhecimento prévio acerca do mundo (por exemplo, conhecimento semântico) e não conseguem aceder a capacidades bem aprendidas (por exemplo, conhecimento de procedimento). A amnésia generalizada tem um início agudo; a perplexidade, desorientação e a deambulação sem finalidade dos indivíduos com amnésia generalizada em regra chamam para eles a atenção da polícia ou dos serviços de urgência psiquiátricos. A amnésia generalizada pode ser mais comum entre veteranos de guerra, vítimas de ataque sexual e indivíduos que experienciam stress emocional ou conflitos extremos.

Os indivíduos com amnésia dissociativa estão com frequência inconscientes (ou apenas parcialmente conscientes) dos seus problemas de memória. Muitos, em especial aqueles com amnésia localizada, minimizam a importância da sua perda de memória e podem ficar desconfortáveis quando solicitados a abordá-la. Na *amnésia sistematizada*, o indivíduo perde memória para uma categoria específica de informação (por exemplo, todas as memórias

relacionadas com a sua família, uma pessoa em particular ou abuso sexual na infância). Na *amnésia contínua,* um indivíduo esquece cada novo evento à medida que este ocorre.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Muitos indivíduos com amnésia dissociativa estão cronicamente incapacitados na sua capacidade de formar e manter relacionamentos satisfatórios. Histórias de trauma, abuso na infância e vitimização são comuns. Alguns indivíduos com amnésia dissociativa relatam *flashbacks* dissociativos (isto é, reexperiência comportamental de eventos traumáticos). Muitos têm história de automutilação, tentativas de suicídio e outros comportamentos de alto risco. Sintomas depressivos e sintomas neurológicos funcionais são comuns, assim como despersonalização, sintomas de auto-hipnose e elevada suscetibilidade à hipnose. As disfunções sexuais são comuns. Lesões cerebrais traumáticas ligeiras podem preceder a amnésia dissociativa.

Prevalência

A prevalência a 12 meses para a amnésia dissociativa, em adultos, num pequeno estudo de comunidade nos EUA foi de 1,8% (1,0% para o sexo masculino; 2,6% para o feminino).

Desenvolvimento e Curso

O início da amnésia generalizada é em regra súbito. Sabe-se menos sobre o início das amnésias localizada e seletiva porque estas amnésias são raramente evidentes, mesmo para o indivíduo. Embora eventos opressivos ou intoleráveis precedam tipicamente a amnésia localizada, o seu início pode demorar horas, dias ou mais.

Os indivíduos podem relatar múltiplos episódios de amnésia dissociativa. Um único episódio pode predispor para futuros episódios. Entre os episódios de amnésia, o indivíduo pode ou não parecer estar agudamente sintomático. A duração dos eventos esquecidos pode abranger desde minutos a décadas. Alguns episódios de amnésia dissociativa podem resolver-se com rapidez (por exemplo, quando a pessoa é removida de combate ou outra situação stressante), enquanto outros episódios podem persistir por longos períodos de tempo. Alguns indivíduos podem gradualmente recordar as memórias dissociadas anos mais tarde. As capacidades dissociativas podem declinar com a idade, mas nem sempre. À medida que a amnésia remite, pode haver mal-estar considerável, comportamento suicidário e sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PTSD).

A amnésia dissociativa já foi observada em crianças pequenas, adolescentes e adultos. As crianças podem ser as mais difíceis de avaliar, pois podem ter dificuldade em compreender questões acerca de amnésia e os entrevistadores encontrar dificuldades em formular questões adequadas a crianças sobre memória e amnésia. Observações de amnésia dissociativa aparente são muitas vezes difíceis de diferenciar de desatenção, absorção, ansiedade, comportamento de oposição e perturbações da aprendizagem. Relatos de várias fontes diferentes (por exemplo, professor, terapeuta, gestor de caso) podem ser necessários para diagnosticar amnésia em crianças.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Experiências traumáticas únicas ou repetidas (por exemplo, guerra, maus-tratos na infância, desastre natural, aprisionamento em campo de concentração, genocídio)

são antecedentes comuns. A amnésia dissociativa é mais provável de acontecer com: 1) um maior número de experiências adversas na infância, particularmente abuso físico e/ou sexual; 2) violência interpessoal e 3) crescente gravidade, frequência e violência do trauma.

Genéticos e fisiológicos. Não existem estudos genéticos na amnésia dissociativa. Estudos sobre dissociação relatam fatores genéticos e ambientais significativos tanto em amostras clínicas como não clínicas.

Modificadores do curso. A remoção das circunstâncias traumáticas subjacentes à amnésia dissociativa (por exemplo, combate) pode levar a um rápido retorno da memória. A perda de memória dos indivíduos com fuga dissociativa pode ser particularmente refractária. O início de sintomas de PTSD pode diminuir a amnésia localizada, seletiva ou sistematizada. A memória recuperada pode, no entanto, ser experienciada como *flashbacks* que alternam com amnésia para o conteúdo dos *flashbacks*.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Na Ásia, Médio Oriente e América Latina as convulsões não epiléticas e outros sintomas neurológicos funcionais podem acompanhar a amnésia dissociativa. Em culturas com tradições sociais altamente restritivas, os precipitantes de amnésia dissociativa muitas vezes não envolvem trauma franco. Em vez disso, a amnésia é precedida por stress psicológico grave ou conflitos (por exemplo, confiito conjugal, outros problemas familiares, problemas de vinculação, conflitos devidos a restrição ou opressão).

Risco de Suicídio

Comportamentos suicidários e outros comportamentos autolesivos são comuns em indivíduos com amnésia dissociativa. O comportamento suicidário pode ser um risco particular quando a amnésia remite subitamente e sobrecarrega o indivíduo com memórias intoleráveis.

Consequências Funcionais da Amnésia Dissociativa

Os défices dos indivíduos com amnésia dissociativa localizada, seletiva ou sistematizada variam desde limitados a graves. Indivíduos com amnésia dissociativa generalizada crónica em regra têm prejuízo em todos os aspetos do funcionamento. Mesmo quando estes indivíduos «reaprendem» aspetos da sua história de vida, a memória autobiográfica mantém-se muito limitada. A maioria fica incapacitada em termos vocacionais ou interpessoais.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação dissociativa da identidade. Os indivíduos com amnésia dissociativa podem relatar despersonalização e sintomas auto-hipnóticos. Indivíduos com perturbação dissociativa da identidade relatam descontinuidades generalizadas no sentido do Eu e de agência, acompanhadas por muitos outros sintomas dissociativos. As amnésias dos indivíduos com amnésias dissociativas localizada, seletiva e/ou sistematizada são relativamente estáveis. As amnésias na perturbação dissociativa da identidade incluem amnésia para eventos do dia-a-dia, achados de possessões inexplicáveis, flutuações súbitas nas capacidades e conhecimentos, falhas graves ao recordar a história de vida e falhas amnésicas breves nas interações interpessoais.

Perturbação de stress pós-traumático. Alguns indivíduos com PTSD não conseguem recordar parte ou a totalidade de um evento traumático específico (por exemplo, uma vítima de

violação, com sintomas de despersonalização e/ou desrealização, que não consegue recordar a maioria dos eventos do dia inteiro em que ocorreu a violação). Quando essa amnésia se estende para além do tempo imediato do trauma justifica-se um diagnóstico comórbido de amnésia dissociativa.

Perturbações neurocognitivas. Nas perturbações neurocognitivas a perda de memória para a informação pessoal é em regra embutida em perturbações cognitivas, linguísticas, afetivas, atencionais e comportamentais. Na amnésia dissociativa os défices de memória são primariamente para informação autobiográfica; as capacidades cognitivas e intelectuais estão preservadas.

Perturbações relacionadas com o uso de substâncias. No contexto de intoxicações repetidas com álcool ou outras substâncias/medicamentos, podem ocorrer episódios de *blackouts* ou períodos para os quais o indivíduo não tem memória. Para ajudar a distinguir estes episódios de amnésia dissociativa, uma história longitudinal em que os episódios amnésicos ocorrem apenas no contexto da intoxicação e não ocorrem noutras situações pode identificar a origem como induzida pelo uso da substância. No entanto, a distinção pode ser dificultada quando o indivíduo com amnésia dissociativa abusa de álcool ou outras substâncias no contexto de situações stressantes, que podem também exacerbar os sintomas dissociativos. Alguns indivíduos com amnésia dissociativa e perturbação relacionada com o uso de substâncias comórbidas irão atribuir os seus problemas de memória apenas ao uso de substâncias. O uso prolongado de álcool ou outras substâncias pode resultar em perturbação neurocognitiva induzida por substâncias, que pode estar associada a funcionamento cognitivo comprometido, mas neste contexto de história prolongada de uso de substâncias e de défices persistentes associados a perturbação neurocognitiva, servirá para a distinguir da amnésia dissociativa onde não há tipicamente evidência de comprometimento persistente do funcionamento intelectual.

Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral. Pode ocorrer amnésia num contexto de lesão cerebral traumática (LCT) quando existiu um impacte na cabeça ou outros mecanismos de deslocamento ou movimento rápido do cérebro dentro do crânio. Outras características da LCT incluem perda de consciência, desorientação e confusão, ou, em casos mais graves, sinais neurológicos (por exemplo, anomalias nos exames neuroimagiológicos, o reinício de crises epiléticas ou o agravamento de uma epilepsia preexistente, falhas nos campos visuais, anosmia). Uma perturbação neurocognitiva atribuível a LCT tem de se apresentar logo após a ocorrência da lesão cerebral ou logo após o indivíduo recuperar a consciência depois da lesão, persistindo depois do período agudo pós-lesão. A apresentação cognitiva de uma perturbação neurocognitiva seguindo uma LCT é variável e inclui dificuldades nos domínios da atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, bem como velocidade reduzida de processamento de informação e perturbações na cognição social. Estas características adicionais ajudam a distingui-la da amnésia dissociativa.

Perturbações convulsivas. Os indivíduos com perturbações convulsivas podem exibir um comportamento complexo durante as crises ou no período pós-ictal, com amnésia subsequente. Alguns indivíduos com perturbação convulsiva experimentam deambulações sem propósito que são limitadas ao período de atividade convulsiva. Em oposição, o comportamento durante uma fuga dissociativa é em regra propositado, complexo e direcionado a um objetivo, podendo durar dias, semanas ou mais. Ocasionalmente, os indivíduos com uma perturbação convulsiva relatam que memórias autobiográficas precoces foram «varridas»

à medida que a perturbação convulsiva progride. Estas perdas de memória não estão associadas a circunstâncias traumáticas e parecem ocorrer aleatoriamente. Eletrencefalogramas seriados mostram em regra anomalias. A monitorização eletrencefalográfica telemétrica mostra em regra uma associação entre os episódios de amnésia e atividade convulsiva. As amnésias dissociativa e epilética podem coexistir.

Estupor catatónico. O mutismo no estupor catatónico pode sugerir amnésia dissociativa mas está ausente a incapacidade de relembrar. Outros sintomas catatónicos (por exemplo, rigidez, postura, negativismo) estão em regra presentes.

Perturbação factícia e simulação. Não existe nenhum teste, bateria de testes ou conjuntos de procedimentos que distingam invariavelmente a amnésia dissociativa da amnésia fingida. Os indivíduos com perturbação factícia ou simulação têm sido observados a continuarem a sua fraude mesmo durante entrevistas facilitadas por hipnóticos ou barbitúricos. A amnésia fingida é mais comum em indivíduos com: 1) amnésia dissociativa florida, aguda; 2) problemas financeiros, sexuais ou legais; ou 3) desejo de escapar a circunstâncias stressantes. A verdadeira amnésia pode estar associada aos que estão nas mesmas circunstâncias. Muitos indivíduos que simulam confessam espontaneamente ou quando confrontados.

Mudanças da memória normais ou relacionadas com a idade. Os decréscimos de memória em perturbações neurocognitivas major ou ligeiras diferem dos da amnésia dissociativa que, em regra, estão associados a eventos stressantes e são mais específicos, extensivos e/ou complexos.

Comorbilidades

À medida que a amnésia dissociativa começa a remitir, uma ampla variedade de fenómenos afetivos pode surgir: disforia; luto; raiva; vergonha; culpa; conflito e confusão psicológica e ideação, impulsos e atos suicidas ou homicidas. Estes indivíduos podem ter sintomas que então cumprem critérios diagnósticos para perturbação depressiva persistente (distimia); perturbação depressiva major; perturbação depressiva com outra especificação ou não especificada; perturbação de ajustamento, com humor depressivo ou perturbação de ajustamento com perturbação mista das emoções e do comportamento. Muitos indivíduos com amnésia dissociativa desenvolvem PTSD nalguma altura da sua vida, especialmente quando os antecedentes traumáticos da sua amnésia são trazidos à consciência.

Muitos indivíduos com amnésia dissociativa têm sintomas que cumprem critérios de diagnóstico para um sintoma somático comórbido ou perturbação relacionada (e vice-versa), incluindo perturbação de sintomas somáticos e perturbação conversiva (perturbação de sintoma neurológico funcional). Muitos indivíduos com amnésia dissociativa têm sintomas que cumprem critérios de diagnóstico para perturbação da personalidade, especialmente dependente, evitante e estado-limite.

Perturbação de Despersonalização/Desrealização

Critérios de Diagnóstico 300.6 (F48.1)

A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas:
   1. **Despersonalização**. Experiências de irrealidade, distanciamento ou sentir-se um observador externo em relação ao seus pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (por

exemplo, alterações da perceção, sensação de tempo distorcida, sentido do Eu ausente ou irreal, embotamento emocional e/ou físico)

2. **Desrealização**. Experiências de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente envolvente (por exemplo, os indivíduos ou objetos são experienciados como irreais, como num sonho, nebulosos, sem vida ou visualmente distorcidos).

B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização o teste da realidade mantém-se intacto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, convulsões).

E. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental como esquizofrenia, perturbação de pânico, perturbação depressiva major, perturbação aguda de stress, perturbação de stress pós-traumático ou outra perturbação dissociativa.

Características de Diagnóstico

As características essenciais da perturbação de despersonalização/desrealização são episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambos. Os episódios de despersonalização são caracterizados por um sentimento de irrealidade, distanciamento de, ou não familiaridade com, partes ou todo o sentido do Eu (Critério A1). O indivíduo pode sentir-se inteiramente desligado do seu ser (por exemplo, «não sou ninguém», «não tenho Eu»). Pode também sentir-se subjetivamente distanciado de aspetos do seu Eu (por exemplo, hipoemocionalidade: «Eu sei que tenho sentimentos mas não os sinto»), pensamentos (por exemplo, «os meus pensamentos não parecem meus», «tenho a cabeça cheia de algodão»), todo o corpo ou partes do corpo ou sensações (por exemplo, tato, propriocepção, fome, sede, libido). Pode também haver diminuição do sentido de agência (por exemplo, sentir-se robotizado, com um autómato; falta de controlo do seu discurso ou movimentos). A experiência de despersonalização pode algumas vezes ser um Eu dividido, com uma parte observando e outra participando, conhecido na sua forma mais extrema como «experiência fora do corpo». O sintoma unitário de despersonalização consiste em vários fatores sintomáticos: experiências corporais anómalas (isto é, irrealidade do Eu e alterações percetuais); embotamento emocional e físico; distorções temporais com recordação subjetiva anómala.

Os episódios de desrealização são caracterizados por um sentimento de irrealidade, distanciamento de, ou falta de familiaridade com, o mundo, seja relativamente a indivíduos, objetos inanimados ou todos os ambientes envolventes (Critério A2). Os indivíduos podem sentir-se como se estivessem numa névoa, sonho, bolha ou como se houvesse um véu ou vidro entre o indivíduo e o mundo à volta. Os ambientes envolventes podem ser experienciados como artificiais, sem cor ou sem vida. A desrealização é em regra acompanhada por distorções visuais subjetivas como manchas, acuidade aumentada, alargamento ou estreitamento dos campos visuais, visão bidimensional ou aplanada, tridimensionalidade exagerada, distância ou tamanho dos objetos (por exemplo, macropsia ou micropsia). As distorções auditivas podem também ocorrer, as vozes e sons apresentam um volume diminuído ou aumentado. Adicionalmente, o Critério C requer a presença mal-estar clinicamente significativo ou incapacidade no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento e os Critérios D e E descrevem diagnósticos de exclusão.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação de despersonalização/desrealização podem ter dificuldade em descrever os seus sintomas e podem pensar que estão «loucos» ou «a enlouquecer». Outra experiência comum é o medo de danos cerebrais irreversíveis. Um sintoma usualmente associado é o sentido de tempo alterado (por exemplo, demasiado rápido ou lento), bem como uma dificuldade subjetiva em recordar vividamente memórias passadas ou em possuí-las como pessoais ou emocionais. Sintomas somáticos vagos como sensação de «cabeça cheia», formigueiros ou sensação de «cabeça leve» não são incomuns. Os indivíduos podem sofrer de preocupações obsessivas ou ruminação extrema (por exemplo, obsessão constante sobre se realmente existem ou verificação das suas perceções para determinar se parecem reais). Graus variáveis de ansiedade ou depressão são também características associadas comuns. Foi descoberto que os indivíduos com esta perturbação têm hiporreactividade aos estímulos emocionais. Substratos neuronais de interesse incluem o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, lóbulo parietal inferior e circuitos corticolímbicos pré-frontais.

Prevalência

Sintomas transitórios de despersonalização/desrealização, durando horas a dias, são comuns na população geral. Pensa-se que a prevalência a 12 meses da perturbação de despersonalização/desrealização seja marcadamente menor que a dos sintomas transitórios, embora estimativas precisas para a perturbação não estejam disponíveis. Em geral, aproximadamente metade de todos os adultos experienciou durante a vida um episódio de despersonalização/ /desrealização. No entanto, a sintomatologia que cumpra completamente os critérios para perturbação despersonalização/desrealização é muito menos comum que os sintomas transitórios. A prevalência ao longo da vida nos EUA e países que não os EUA é de cerca de 2% (variando dos 0,8% aos 2,8%). O rácio por sexo da perturbação é de 1:1.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de início da perturbação de despersonalização/desrealização é aos 16 anos, embora a perturbação possa começar na primeira ou segunda infâncias; uma minoria não consegue recordar nunca ter tido os sintomas. Menos de 20% dos indivíduos experiencia o início depois dos 20 anos e 5% depois dos 25 anos. É altamente incomum o início após a quarta década de vida. O início pode variar desde extremamente súbito a gradual. A duração dos episódios da perturbação de despersonalização/desrealização varia grandemente, desde breves (horas ou dias) a prolongados (semanas, meses ou anos). Dada a raridade do início da doença após os 40 anos de idade, nestes casos o indivíduo deve ser examinado mais cuidadamente para condições médicas subjacentes (por exemplo, lesões cerebrais, perturbações convulsivas, apneia do sono). O curso da perturbação é muitas vezes persistente. Cerca de um terço dos casos envolvem episódios discretos; outro terço, sintomas contínuos desde o início; e ainda outro terço, um curso inicial episódico que eventualmente se torna contínuo.

Enquanto nalguns indivíduos a intensidade dos sintomas aumenta e diminui recorrentemente, outros relatam um nível constante de intensidade que em casos extremos pode estar constantemente presente durante anos ou décadas. Os fatores internos e externos que afetam a intensidade dos sintomas variam entre indivíduos; ainda assim, são relatados alguns padrões típicos. As exacerbações podem ser desencadeadas pelo stress, agravamento dos sintomas do humor ou ansiedade, contextos novos ou com estimulação excessiva e fatores físicos como iluminação ou falta de sono.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os indivíduos com perturbação de despersonalização/desrealização são caracterizados por um temperamento de evitamento de riscos, defesas imaturas e tanto esquemas de desconexão como de sobreconexão. Defesas imaturas como idealização/desvalorização, projeção e *acting out* resultam em negação da realidade e fraca adaptação. Os *esquemas de desconexão cognitiva* envolvem imperfeição e inibição emocional, subordinando temas de abuso, negligência e privação. Os *esquemas de sobreconexão* envolvem uma autonomia comprometida nos temas de dependência, vulnerabilidade e incompetência.

Ambientais. Existe uma associação clara entre a perturbação e traumas interpessoais na infância numa parcela substancial de indivíduos, embora esta associação não seja tão prevalente ou tão extrema na sua natureza como nos traumas de outras perturbações dissociativas, como a perturbação dissociativa da identidade. Os abusos emocionais e a negligência emocional têm sido associados com a perturbação de forma mais forte e consistente. Outros fatores de stress incluem abuso físico; testemunho de violência doméstica; crescer com um dos pais seriamente incapacitado ou com doença mental; ou morte ou suicídio não esperados de um membro da família ou amigo próximo. O abuso sexual é um antecedente muito menos comum, mas pode ser encontrado. Os precipitantes mais comuns da perturbação são o stress grave (interpessoal, financeiro, ocupacional), depressão, ansiedade (particularmente ataques de pânico) e uso de drogas ilícitas. Os sintomas podem ser especificamente induzidos por substâncias como o tetrahidrocanabinol, alucinogénios, quetamina, MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina, *ectasy*) e sálvia. O uso de marijuana pode precipitar o reinício de ataques de pânico e sintomas de despersonalização/desrealização simultaneamente.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Experiências de despersonalização/desrealização induzidas de forma voluntária podem fazer parte de práticas de meditação que são prevalentes em muitas religiões e culturas, não devendo ser diagnosticadas como uma perturbação. No entanto, existem indivíduos que de início induzem estes estados intencionalmente mas, com o passar do tempo, perdem o seu controlo e podem desenvolver medo e aversão a práticas relacionadas.

Consequências Funcionais da Perturbação de Despersonalização/Desrealização

Os sintomas da perturbação de despersonalização/desrealização são altamente stressantes e estão associados a morbilidade grave. O comportamento afetivo aplanado e robótico que estes indivíduos muitas vezes demonstram pode parecer incongruente com a extrema dor emocional relatada. O défice é muitas vezes experienciado tanto na esfera interpessoal como ocupacional, sendo largamente devido à hipoemocionalidade com os outros, às dificuldades subjetivas em focar e reter informação e a um sentimento geral de desconexão da vida.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de ansiedade de doença. Embora os indivíduos com perturbação de despersonalização/desrealização possam apresentar queixas somáticas vagas, bem como medo de dano cerebral permanente, o diagnóstico de perturbação de despersonalização/desrealização é caracterizado pela presença de uma constelação de sintomas típicos de despersonalização/desrealização e pela ausência de outras manifestações de perturbação de ansiedade de doença.

Perturbação depressiva major. Sentimentos de embotamento, entorpecimento, apatia e de estar num sonho não são incomuns em episódios depressivos major. No entanto, na perturbação de despersonalização/desrealização, tais sintomas estão associados a sintomas adicionais da perturbação. Se a despersonalização/desrealização precede claramente o início de um episódio depressivo major ou claramente continua após a sua resolução, aplica-se o diagnóstico de perturbação de despersonalização/desrealização.

Perturbação obsessivo-compulsiva. Alguns indivíduos com perturbação de despersonalização/desrealização podem ficar obsessivamente preocupados com as suas experiências subjetivas ou desenvolver rituais de verificação acerca do estado dos seus sintomas. No entanto, outros sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva não relacionados com despersonalização/desrealização não estão presentes.

Outras perturbações dissociativas. De forma a diagnosticar perturbação de despersonalização/desrealização, os sintomas não podem ocorrer no contexto de outra perturbação dissociativa, como perturbação dissociativa da identidade. A diferenciação de amnésia dissociativa e de perturbação conversiva (perturbação de sintomas neurológicos funcionais) é mais simples, já que os sintomas destas perturbações não se sobrepõem aos de perturbação de despersonalização/desrealização.

Perturbações de ansiedade. A despersonalização/desrealização é um dos sintomas dos ataques de pânico, cada vez mais comuns à medida que a gravidade dos ataques de pânico aumenta. Desta forma, a perturbação de despersonalização/desrealização não deve ser diagnosticada quando os sintomas ocorrem apenas durante os ataques de pânico que fazem parte da perturbação de pânico, perturbação de ansiedade social ou fobia específica. Adicionalmente, não é incomum que os sintomas de despersonalização/desrealização primeiro comecem no contexto do início de novo de ataques de pânico ou à medida que a perturbação de pânico progride e se agrava. Em tais apresentações, o diagnóstico de perturbação de despersonalização/desrealização pode ser feito se: 1) a componente de despersonalização/ /desrealização da apresentação é muito proeminente desde o início, claramente excedendo em duração e intensidade a ocorrência de ataques pânico efetivos; 2) a despersonalização/desrealização continua após a perturbação de pânico ter remitido ou ter sido tratada com êxito.

Perturbações psicóticas. A presença de teste de realidade intacto, especificamente em relação com os sintomas de despersonalização/desrealização, é essencial para diferenciar a perturbação de despersonalização/desrealização das perturbações psicóticas. Raramente, os sintomas positivos de esquizofrenia podem constituir um desafio diagnóstico quando estão presentes delírios niilistas. Por exemplo, um indivíduo pode queixar-se de que está morto ou que o mundo não é real; isto pode ser quer uma experiência subjetiva que o indivíduo sabe não ser verdade quer uma convicção delirante.

Perturbações relacionadas com o uso de substância/medicamento. Despersonalização/ desrealização associada aos efeitos fisiológicos de substâncias durante intoxicações agudas ou abstinência não é diagnosticada como perturbação de despersonalização/desrealização. As substâncias precipitantes mais comuns são as drogas ilícitas marijuana, alucinogénios, quetamina, *ecstasy* e sálvia. Em cerca de 15% de todos os casos de perturbação de despersonalização/desrealização, os sintomas são precipitados pela ingestão de tais substâncias. Se os sintomas persistirem por algum tempo na ausência de uso adicional de substâncias ou medicamentos, o diagnóstico de perturbação de despersonalização/desrealização aplica-se.

Este diagnóstico é em regra fácil de estabelecer, já que a vasta maioria dos indivíduos com esta apresentação se torna altamente fóbica e aversiva à substância desencadeante e não a volta a usar.

Perturbações mentais devidas a outra condição médica. Características como o início depois dos 40 anos ou a presença de sintomas e curso atípicos sugerem em qualquer indivíduo a possibilidade de uma condição médica subjacente. Em tais casos, é essencial conduzir uma avaliação médica e neurológica completa, que pode incluir estudos laboratoriais padronizados, titulações virais, um eletrencefalograma, testes vestibulares, testes visuais, estudos do sono e/ou imagiologia cerebral. Quando a suspeição de uma perturbação convulsiva subjacente se torna difícil de confirmar, pode estar indicado um eletrencefalograma ambulatório; embora a epilepsia do lobo temporal seja implicada mais usualmente, podem também estar associadas epilepsia parietal e temporal.

Comorbilidades

Numa amostra de conveniência de adultos recrutados para um número de estudos de despersonalização, as comorbilidades ao longo da vida foram altas para depressão unipolar e para qualquer perturbação de ansiedade, com uma proporção significativa da amostra a ter ambas as perturbações. A comorbilidade com perturbação de stress pós-traumático foi baixa. As três perturbações da personalidade coocorrentes mais comuns foram evitante, estado-limite e obsessivo-compulsiva.

Perturbação Dissociativa com Outra Especificação

300.15 (F44.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação dissociativa, causando mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas não cumprem completamente os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações dissociativas. A categoria perturbação dissociativa com outra especificação é usada em situações nas quais o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre os critérios para qualquer perturbação dissociativa específica. Isto é feito pelo registo de «perturbação dissociativa com outra especificação», seguido da razão específica (por exemplo, transe dissociativo).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação «com outra especificação» incluem as seguintes:

1. **Sindromes crónicas e recorrentes de sintomas dissociativos mistos.** Esta categoria inclui uma perturbação da identidade associada a descontinuidades menos marcadas no sentido do Eu e agência, alterações da identidade ou episódios de possessão num indivíduo que não relata amnésia dissociativa.
2. **Perturbação da identidade devida a persuasão coerciva intensa e prolongada.** Os indivíduos que foram sujeitos a persuasão coerciva intensa (por exemplo, «lavagem cerebral», reformulação do pensamento, doutrinação em cativeiro, tortura, aprisionamento político de longo prazo, recrutamento por seitas/cultos ou organizações terroristas) podem apresentar-se com mudanças prolongadas na sua identidade ou questionando-a de forma consciente.

3. **Reações dissociativas agudas a eventos stressantes**. Esta categoria é para condições agudas e transitórias que tipicamente duram menos de 1 mês e algumas vezes apenas poucas horas ou dias. Estas condições são caracterizadas por constrição da consciência; despersonalização; desrealização; alterações na perceção (por exemplo, lentificação do tempo, macropsia); microamnésias; estupor transitório e/ou alterações no funcionamento sensorimotor (por exemplo, analgesia, paralisia).
4. **Transe dissociativo**. Esta condição é caracterizada por um estreitamento agudo ou perda completa de consciência dos ambientes envolventes imediatos, manifestando-se como uma profunda insensibilidade ou irresponsividade aos estímulos ambientais. A irresponsividade pode ser acompanhada por comportamentos estereotipados mínimos (por exemplo, movimentos dos dedos) dos quais o indivíduo não está consciente e/ou não consegue controlar, bem como paralisia transitória ou perda de consciência. O transe dissociativo não é uma parte normal de uma prática cultural ou religiosa amplamente aceite.

Perturbação Dissociativa Não Especificada

300.15 (F44.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação dissociativa, causando mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas não cumprem completamente os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações dissociativas. A categoria perturbação dissociativa não especificada é usada em situações nas quais o clínico escolhe não especificar a razão pela qual os critérios para uma perturbação dissociativa específica não são cumpridos, incluindo apresentações nas quais não existe informação suficiente para efetuar um diagnóstico mais específico (por exemplo, contexto de serviço de urgência).

Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas

As perturbações de sintomas somáticos e outras perturbações relacionadas com sintomas somáticos proeminentes constituem uma nova categoria no DSM-5 chamada *perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas*. Este capítulo inclui os diagnósticos de perturbação de sintomas somáticos, perturbação de ansiedade de doença, perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, perturbação factícia, perturbação de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas e perturbação de sintomas somáticos não especificada e outras perturbações relacionadas. Todas as perturbações neste capítulo partilham uma característica comum: a proeminência de sintomas somáticos associados a mal-estar e incapacidade significativos. Indivíduos com perturbações com sintomas somáticos proeminentes são comummente encontrados nos cuidados primários de saúde e noutros contextos médicos, sendo-o menos vezes em contextos psiquiátricos ou relacionados com a saúde mental. Estes diagnósticos reconceptualizados, baseados numa reorganização dos diagnósticos de perturbação somatoforme do DSM-IV, são mais úteis aos cuidados primários e a outros clínicos (não psiquiátricos).

O diagnóstico principal nesta classe de diagnóstico, perturbação de sintomas somáticos, enfatiza mais os diagnósticos feitos com base em sintomas e sinais positivos (sintomas somáticos geradores de mal-estar mais pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a estes sintomas) do que a ausência de uma explicação médica para os sintomas somáticos. A característica distintiva de muitos dos indivíduos com perturbação de sintomas somáticos não são os sintomas somáticos *per se*, mas sim a maneira como eles se apresentam e são interpretados. A incorporação dos componentes afetivos, cognitivos e comportamentais nos critérios para perturbação de sintomas somáticos fornece uma imagem mais precisa e abrangente do verdadeiro quadro clínico do que a que pode ser obtida através de uma avaliação isolada das queixas somáticas.

Os princípios por detrás das alterações dos diagnósticos de perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas do DSM-IV são cruciais para a compreensão dos diagnósticos do DSM-5. O termo *perturbações somatoformes* presente no DSM-IV era confuso, pelo que é substituído por *perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas*. No DSM-IV existia uma grande sobreposição entre as diversas perturbações somatoformes e falta de clareza no que respeita aos limites entre os diversos diagnósticos. Apesar de os indivíduos com estas perturbações recorrerem principalmente a cuidados médicos gerais e não aos de saúde mental, os clínicos não psiquiátricos achavam os diagnósticos de perturbações somatoformes presentes no DSM-IV difíceis de perceber e de usar. A classificação atual do DSM-5 reconhece esta sobreposição, tendo assim reduzido o número total de perturbações, bem como das suas subcategorias.

Os critérios anteriormente usados sobreenfatizavam a centralidade dos sintomas sem explicação médica. Tais sintomas estão presentes em vários graus, em particular na perturbação de conversão, mas as perturbações de sintomas somáticos também podem acompanhar perturbações médicas diagnosticadas. A fiabilidade da determinação de que um sintoma somático não tem explicação médica é limitada, pelo que basear um diagnóstico na ausência de uma explicação é problemático e reforça o dualismo mente-corpo. Não é apropriado dar um diagnóstico de perturbação mental a um indivíduo apenas porque não se consegue demonstrar uma causa médica. Além disso, a presença de um diagnóstico médico não exclui a possibilidade de existir uma perturbação mental comórbida. Talvez devido ao foco dado à falta de explicação médica, a maioria das pessoas vê estes diagnósticos como pejorativos e humilhantes, estando implícito que os seus sintomas físicos não eram «reais». A nova classificação define o diagnóstico principal, perturbação de sintomas somáticos, baseando-se na presença de sintomas positivos (sintomas somáticos geradores de mal-estar mais pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a estes sintomas). No entanto, os sintomas sem explicação médica mantêm-se como uma característica-chave para a perturbação de conversão e para a pseudociese (perturbação de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas) porque nessas perturbações é possível demonstrar de forma definitiva que os sintomas não estão de acordo com a fisiopatologia médica.

É importante notar que algumas perturbações mentais se podem de início manifestar essencialmente com sintomas somáticos (por exemplo, perturbação depressiva major, perturbação de pânico). Esses diagnósticos podem explicar estes sintomas somáticos ou podem ocorrer juntamente com uma das perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas presentes neste capítulo. Existem, de igual forma, comorbilidades médicas consideráveis entre os doentes somatizadores. Apesar de os sintomas somáticos estarem com frequência associados a psicopatologia e a mal-estar psicológico, algumas destas perturbações podem surgir espontaneamente, permanecendo as suas causas desconhecidas. As perturbações de ansiedade e depressivas também podem acompanhar as perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. O componente somático aumenta a gravidade e a complexidade das perturbações de ansiedade e depressivas, o que resulta num maior grau de gravidade, défice funcional e até de refratariedade aos tratamentos tradicionais. Em casos raros, o grau de preocupação pode ser tão grave que justifique considerar-se um diagnóstico de perturbação delirante.

Vários fatores podem contribuir para as perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. Estes incluem as vulnerabilidades genética e biológica (por exemplo, aumento da sensibilidade à dor), experiências traumáticas precoces (por exemplo, violência, abuso, privação) e aprendizagem (por exemplo, ganhos de atenção através da doença, falta de reforço de expressões não somáticas de mal-estar), assim como normas culturais/ /sociais que desvalorizem ou estigmatizem o sofrimento psicológico quando comparado com o sofrimento físico. As diferenças nos cuidados médicos entre as diversas culturas afetam a apresentação, reconhecimento e orientação destas apresentações somáticas. Variações na apresentação dos sintomas são provavelmente o resultado da interação de múltiplos fatores dentro dos contextos culturais, o que afeta a maneira como os indivíduos identificam e classificam as sensações corporais, percebem a doença e procuram cuidados médicos. Assim sendo, as apresentações somáticas podem ser vistas como a expressão do sofrimento pessoal inserido num contexto cultural e social.

Todas estas perturbações são caracterizadas pelo foco proeminente nas preocupações somáticas e na sua apresentação inicial, na maioria das vezes mais em cuidados médicos do que em cuidados de saúde mental. A perturbação de sintomas somáticos oferece um método clínico mais útil para a caracterização dos indivíduos que no passado poderiam ter sido considerados para um diagnóstico de perturbação de somatização. Além disso, cerca de 75% dos indivíduos previamente diagnosticados com hipocondria são agora agrupados dentro do diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos. Contudo, cerca de 25% dos indivíduos com hipocondria têm um grau de ansiedade de doença elevado na ausência de sintomas somáticos, sendo que muitos dos sintomas destes indivíduos não reúnem requisitos para um diagnóstico de perturbação de ansiedade. O diagnóstico de perturbação de ansiedade de doença do DSM-5 é para este último grupo de doentes. A perturbação de ansiedade de doença pode ser considerada tanto nesta secção de diagnóstico como na secção das perturbações de ansiedade. Devido ao foco dado às preocupações somáticas e porque a perturbação de ansiedade de doença é, na maioria das vezes, encontrada em situações médicas, esta é, por uma questão de utilidade, incluída nas perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. Na perturbação de conversão, a característica essencial são os sintomas neurológicos que, após uma avaliação neurológica adequada, se consideram ser incompatíveis com a fisiopatologia neurológica. Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas também se incluem neste capítulo. A sua característica essencial é a presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais clinicamente significativos que afetam uma condição médica de forma adversa, aumentando o risco de sofrimento, morte ou incapacidade. Tal como outras perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas, a perturbação factícia incorpora problemas persistentes relacionados com a perceção da doença e de identidade. Na grande maioria dos casos relatados de perturbação factícia, tanto imposta no próprio como imposta no outro, os indivíduos apresentam-se com sintomas somáticos e com a convicção de ter uma doença médica. Consequentemente, a perturbação factícia é incluída entre as perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas no DSM-5. As perturbações de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas, assim como as perturbações de sintomas somáticos não especificada e perturbações relacionadas incluem condições que cumprem alguns, mas não todos, os critérios de perturbação de sintomas somáticos ou de perturbação de ansiedade de doença, bem como de pseudociese.

Perturbação de Sintomas Somáticos

Critérios de Diagnóstico 300.82 (F45.1)

A. Um ou mais sintomas somáticos geradores de mal-estar ou que resultam em disrupção significativa da vida quotidiana.

B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados com os sintomas somáticos ou associados a preocupações de saúde manifestados por pelo menos 1 dos seguintes:
   1. Pensamentos desproporcionados e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
   2. Níveis de ansiedade persistentemente elevados relacionados com a própria saúde ou com os sintomas.
   3. Consumo de tempo ou energia excessivos dedicados a estes sintomas ou preocupações de saúde.

C Apesar de qualquer um dos sintomas somáticos poder não estar continuamente presente, o estado de estar sintomático é persistente (tipicamente mais de 6 meses).

Especificar se:

Com dor predominante (anteriormente, perturbação de dor). Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especificar se:

Persistente. Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, incapacidade marcada e duração longa (mais de 6 meses).

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Apenas 1 dos sintomas especificados no Critério B é cumprido.

Moderada. Dois ou mais dos sintomas especificados no Critério B são cumpridos.

Grave. Dois ou mais dos sintomas especificados no Critério B são cumpridos e existem múltiplas queixas somáticas (ou 1 sintoma somático muito grave).

Características de Diagnóstico

Indivíduos com perturbação de sintomas somáticos em regra têm sintomas somáticos múltiplos em curso que são geradores de stress ou que resultam numa disrupção significativa da vida quotidiana (Critério A), apesar de por vezes apenas um sintoma grave, mais comummente dor, estar presente. Os sintomas podem ser específicos (por exemplo, dor localizada) ou relativamente inespecíficos (por exemplo, fadiga). Por vezes, estes sintomas representam sensações corporais normais ou desconforto que não significa em geral doença grave. Os sintomas somáticos sem explicação médica evidente não são suficientes para justificar este diagnóstico. Tenha ou não explicação médica, o sofrimento do indivíduo é autêntico.

Os sintomas podem ou não estar associados a outra condição médica. O diagnóstico de uma perturbação de sintomas somáticos e uma doença médica concomitante não se excluem mutuamente, ocorrendo com frequência em conjunto. Por exemplo, um indivíduo pode ficar seriamente incapacitado por sintomas de uma perturbação de sintomas somáticos depois de um enfarte do miocárdio sem complicações, mesmo que o enfarte do miocárdio por si mesmo não tenha originado qualquer incapacidade. Se estiver presente outra condição médica ou existir risco elevado de a desenvolver (por exemplo, história familiar pesada), os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados a esta condição são excessivos (Critério B).

Indivíduos com perturbação de sintomas somáticos tendem a apresentar níveis elevados de preocupação acerca da doença (Critério B). Eles avaliam os seus sintomas corporais de forma excessivamente ameaçadora, prejudicial ou perturbadora e pensam com frequência o pior em relação à sua saúde. Alguns doentes mantêm-se com medo da gravidade médica dos seus sintomas mesmo quando existem provas do contrário. Na perturbação de sintomas somáticos grave, as preocupações com a saúde podem assumir um papel central na vida do indivíduo, tornando-se uma característica da sua própria identidade e dominando as relações interpessoais.

Estes indivíduos experienciam normalmente um mal-estar que está focado sobretudo nos seus sintomas somáticos e no seu significado. Quando questionados diretamente sobre o seu mal-estar, alguns indivíduos descrevem-no em relação com outros aspetos das suas vidas, enquanto outros negam qualquer fonte de mal-estar para além dos sintomas somáticos. A qualidade de vida relacionada com a saúde, tanto física como mental, está muitas vezes diminuída. Na perturbação de sintomas somáticos, a incapacidade é marcada e, quando persistente, pode conduzir a invalidez.

Existe em regra um nível elevado de utilização de cuidados médicos que é raro aliviarem as preocupações do indivíduo. Por consequência, o doente pode procurar vários clínicos para os mesmos sintomas. É frequente estes indivíduos não responderem a intervenções médicas, sendo que novas intervenções podem apenas exacerbar os sintomas que apresentam. Alguns indivíduos com esta perturbação podem parecer invulgarmente sensíveis aos efeitos adversos da medicação. Alguns podem considerar que a avaliação médica e o tratamento foram inadequados.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os aspetos cognitivos incluem a atenção focada nos sintomas somáticos, atribuição de sensações corporais normais a doença física (possivelmente com interpretações catastróficas), preocupação acerca da doença e medo de que qualquer atividade física possa lesar o próprio corpo. Os aspetos comportamentais relevantes que estão associados podem incluir verificação repetida do corpo para características anormais, procura repetida de ajuda médica e evitamento de atividade física. Estes aspetos comportamentais estão mais pronunciados na perturbação de sintomas somáticos grave e persistente. Estes aspetos estão em regra associados a pedidos frequentes de ajuda médica para os diferentes sintomas somáticos. Isto pode levar a consultas nas quais os indivíduos estão tão focados nas suas preocupações acerca de sintomas somáticos que não é possível redirigir a consulta para outros assuntos. Qualquer garantia dada pelo clínico de que os sintomas não são indicativos de doença física grave tende a ser sentida durante pouco tempo e/ou ser entendida pelo indivíduo como não estando a ser prestada pelo clínico a atenção que é devida à gravidade dos sintomas. Dado que o foco nos sintomas somáticos é uma característica fundamental da perturbação, indivíduos com perturbação de sintomas somáticos tendem a apresentar-se nos cuidados de saúde gerais em vez de nos serviços de saúde mental. A sugestão de referenciação a um especialista em saúde mental pode ser encarada com surpresa ou mesmo com recusa franca pelos indivíduos com perturbação de sintomas somáticos.

Como esta perturbação está associada a perturbações depressivas, existe um aumento do risco de suicídio. Não se sabe se a perturbação de sintomas somáticos está associada a risco de suicídio independentemente da sua associação com as perturbações depressivas.

Prevalência

A prevalência da perturbação de sintomas somáticos é desconhecida. No entanto, é expectável que a prevalência da perturbação de sintomas somáticos seja mais elevada do que a da mais restrita perturbação de somatização do DSM-IV (<1%), mas mais baixa do que a perturbação somatoforme indiferenciada (cerca de 19%). A prevalência da perturbação de sintomas somáticos na população adulta geral deverá rondar os 5%-7%. Elementos do sexo feminino tendem a reportar mais sintomas somáticos do que os do sexo masculino, pelo que a prevalência da perturbação de sintomas somáticos poderá ser consequentemente mais elevada no sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Em indivíduos mais velhos, os sintomas somáticos e as doenças médicas concomitantes são comuns, sendo que um foco no Critério B é crucial para o estabelecimento do diagnóstico. A perturbação de sintomas somáticos pode ser subdiagnosticada em adultos mais velhos quer porque certos sintomas somáticos (por exemplo, dor, fadiga) são considerados como

parte do envelhecimento normal quer por se considerar «compreensível» a preocupação com a doença em adultos mais velhos que têm mais doenças médicas gerais e tomam mais medicação do que pessoas mais jovens. A perturbação depressiva concomitante é comum na população mais idosa, que se apresenta com vários sintomas somáticos.

Nas crianças, os sintomas mais comuns são dor abdominal recorrente, cefaleias, fadiga e náusea. Em crianças, é mais comum haver um único sintoma proeminente do que nos adultos. Embora as crianças mais pequenas possam ter queixas somáticas, é raro que se preocupem com «doenças» antes da adolescência. A resposta dos pais aos sintomas é importante, na medida em que determina o nível de mal-estar associado. São os pais que podem determinar a interpretação dos sintomas, o tempo de ausência da escola associado e a procura de cuidados médicos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os traços de personalidade de afetividade negativa (neuroticismo) foram identificados como um correlativo/fator de risco independente para um elevado número de sintomas somáticos. A ansiedade ou a depressão comórbida são comuns e podem exacerbar os sintomas e a incapacidade.

Ambientais. A perturbação de sintomas somáticos é mais frequente em indivíduos com baixa escolaridade e estatuto socioeconómico baixo, bem como naqueles que experienciaram recentemente eventos de vida stressantes.

Modificadores do curso. Os sintomas somáticos persistentes estão associados a características demográficas (sexo feminino, idade avançada, menor instrução, baixo estatuto socioeconómico, desemprego), relato de história de abuso sexual ou de outro tipo de adversidades na infância, doença médica crónica ou perturbação psiquiátrica concomitante (depressão, ansiedade, perturbação depressiva persistente [distimia], pânico), stress social e fatores sociais que os reforçam como ganhos secundários à doença. Os fatores cognitivos que afetam o curso clínico incluem a sensibilização à dor, atenção aumentada para as sensações corporais e a atribuição de sintomas corporais a possíveis doenças médicas em vez de as reconhecer como fenómenos normais ou stress psicológico.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os sintomas somáticos são proeminentes em várias «síndromes ligadas à cultura». Em estudos baseados na população geral e nos cuidados primários de todo o mundo, encontra-se um número elevado de sintomas somáticos com um padrão semelhante de sintomas somáticos comummente reportados, incapacidade e procura de tratamento. A relação entre o número de sintomas somáticos e a preocupação com a doença é semelhante em diferentes culturas, sendo que, de uma forma transversal às culturas, uma preocupação marcada com a doença está associada a incapacidade e a maior procura de tratamento. A relação entre numerosos sintomas somáticos e depressão parece ser muito semelhante em todo o mundo e entre as diversas culturas dentro de um país.

Apesar destas semelhanças, existem diferenças nos sintomas somáticos entre as várias culturas e grupos étnicos. A descrição dos sintomas somáticos varia com fatores linguísticos e outros fatores culturais locais. Estas apresentações somáticas foram descritas como «idiomas de mal-estar», porque os sintomas somáticos podem ter significados especiais e moldar as interações doente-clínico em contextos culturais particulares. «Esgotamento»,

sensação de peso, queixas de «gases» (flatulência), demasiado calor no corpo ou sensação de queimadura na cabeça, são comuns em certas culturas ou grupos étnicos, mas raros noutros. Os modelos explicativos também variam e os sintomas somáticos podem ser atribuídos de forma variada à família, trabalho, fatores de stress ambientais, doença médica geral, supressão de sentimentos de zanga ou ressentimento, ou certos fenómenos específicos da cultura, tal como perda de sémen. Para além das diferenças devidas ao acesso variável aos cuidados de saúde, também podem existir diferenças na procura de cuidados de tratamento médico entre os diferentes grupos culturais. A procura de tratamento para múltiplos sintomas somáticos nas clínicas médicas gerais é um fenómeno mundial e ocorre em taxas semelhantes entre os diferentes grupos étnicos dentro do mesmo país.

Consequências Funcionais da Perturbação de Sintomas Somáticos

A perturbação está associada a marcada deterioração da saúde. É provável que muitos indivíduos com perturbação de sintomas somáticos grave tenham pontuações de deterioração da saúde de mais de 2 desvios-padrão abaixo das da população geral.

Diagnóstico Diferencial

Se os sintomas somáticos são consistentes com outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de pânico) e os critérios de diagnóstico para essa perturbação são cumpridos, então essa perturbação mental deverá ser considerada como uma alternativa diagnóstica ou como um diagnóstico adicional. Não se pode estabelecer um diagnóstico separado de perturbação de sintomas somáticos se os sintomas somáticos e os pensamentos, sentimentos ou comportamentos relacionados ocorrem apenas durante episódios depressivos major. Se, como normalmente acontece, os critérios de diagnóstico para perturbação de sintomas somáticos e outra perturbação mental são cumpridos, então deverão ser codificados ambos os diagnósticos, dado que os dois podem necessitar de tratamento.

Outras condições médicas. A presença de sintomas somáticos de etiologia pouco clara não é por si só suficiente para ser feito um diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos. Os sintomas de muitos indivíduos com perturbações como síndrome do cólon irritável ou fibromialgia não cumprem os critérios necessários para o diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos (Critério B). Inversamente, a presença de sintomas somáticos de uma doença médica estabelecida (por exemplo, diabetes ou patologia cardíaca) não exclui o diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos se os critérios forem de alguma forma cumpridos.

Perturbação de pânico. Na perturbação de pânico, os sintomas somáticos e a ansiedade acerca da doença tendem a acontecer em episódios agudos. Já na perturbação de sintomas somáticos, a ansiedade e os sintomas somáticos são mais persistentes.

Perturbação de ansiedade generalizada. Pessoas com perturbação de ansiedade generalizada preocupam-se com múltiplos acontecimentos, situações ou atividades, apesar de apenas alguns envolverem a sua saúde. Ao contrário do que acontece na perturbação de sintomas somáticos, o foco principal não é em regra os sintomas somáticos ou o medo de doença.

Perturbações depressivas. As perturbações depressivas são por norma acompanhadas de sintomas somáticos. Todavia, estas diferenciam-se da perturbação de sintomas somáticos pelos sintomas depressivos nucleares de humor depressivo (disfórico) e anedonia.

Perturbação de ansiedade de doença. Se o indivíduo tem preocupações excessivas acerca da sua saúde, mas sem sintomas somáticos, ou com sintomas mínimos, poderá ser mais apropriado considerar uma perturbação de ansiedade de doença.

Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais). Na perturbação de conversão, o sintoma que é apresentado é a perda de função (por exemplo, de um membro), enquanto na perturbação de sintomas somáticos o foco é o mal-estar causado pelos sintomas. Os aspetos listados dentro do Critério B da perturbação de sintomas somáticos podem ser úteis na distinção entre estas duas perturbações.

Perturbação delirante. Na perturbação de sintomas somáticos, as crenças de que os sintomas somáticos podem refletir uma doença médica grave não são mantidas com intensidade delirante. Contudo, as crenças do indivíduo acerca de sintomas somáticos podem ser mantidas firmemente. Ao contrário, na perturbação delirante, subtipo somático, as crenças acerca dos sintomas somáticos e dos comportamentos são mais intensas do que as que se encontram na perturbação de sintomas somáticos.

Perturbação dismórfica corporal. Na perturbação dismórfica corporal, o indivíduo está excessivamente preocupado com um defeito observado nas suas características físicas. Na perturbação de sintomas somáticos, por contraste, a preocupação acerca dos sintomas somáticos reflete o medo da possível doença subjacente e não o defeito na aparência.

Perturbação obsessivo-compulsiva. Na perturbação de sintomas somáticos, as ideias recorrentes acerca dos sintomas somáticos ou da doença são menos intrusivas e os indivíduos com esta perturbação não exibem os comportamentos repetitivos associados tendentes à redução da ansiedade que ocorrem na perturbação obsessivo-compulsiva.

Comorbilidades

A perturbação de sintomas somáticos está associada a taxas elevadas de comorbilidade com perturbações médicas, assim como a perturbações depressivas e de ansiedade. Quando está presente uma doença médica concomitante, o grau de incapacidade é mais marcado do que o que seria de esperar de uma doença física isolada. Quando os sintomas do indivíduo cum prem os critérios de diagnóstico para perturbação de sintomas somáticos, deve ser diagnosti cada a perturbação. Contudo, dada a frequente comorbilidade, em especial com perturbações depressivas e de ansiedade, deve despistar-se sintomatologia que justifique estes diagnósticos comórbidos.

Perturbação de Ansiedade de Doença

Critérios de Diagnóstico **300.7 (F45.21)**

A. Preocupação de ter ou vir a ter uma doença grave.

B. Ausência de sintomas somáticos ou, se presentes, são apenas de intensidade ligeira. Se outra condição médica está presente, ou se existe um risco elevado de desenvolver uma condição médica (por exemplo, presença de antecedentes familiares relevantes), a preocupação é claramente excessiva ou desproporcional.

C. Nível elevado de ansiedade relacionado com a saúde, ficando o indivíduo facilmente alarmado acerca da sua condição de saúde.

D. O indivíduo apresenta comportamentos excessivos relacionados com a saúde (por exemplo, verificação repetida do próprio corpo à procura de sinais de doença) ou evitamento desadaptativo (por exemplo, evita consultas médicas ou hospitais).
E. A preocupação com a doença está presente há pelo menos 6 meses, podendo a doença específica temida mudar ao longo desse período de tempo.
F. A preocupação relacionada com a doença não é mais bem explicada por outra perturbação mental, tal como perturbação de sintomas somáticos, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação dismórfica corporal, perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbação delirante de tipo somático.

Especificar se:

Procura cuidados de saúde. Os cuidados médicos, incluindo consultas médicas ou realização de testes e procedimentos, são usados com frequência.

Evita cuidados de saúde. Os cuidados médicos raramente são usados.

Características de Diagnóstico

A maioria dos indivíduos com hipocondria é atualmente classificada como tendo uma perturbação de sintomas somáticos. Contudo, numa minoria de casos, aplica-se o diagnóstico de perturbação de ansiedade de doença. A perturbação de ansiedade de doença implica uma preocupação de ter ou adquirir uma doença médica grave e não diagnosticada (Critério A). Os sintomas somáticos estão ausentes ou, se presentes, apenas com intensidade ligeira (Critério B). Uma avaliação exaustiva não consegue identificar qualquer condição médica grave que motive as preocupações do indivíduo. Embora a preocupação possa derivar de um sinal ou sensação física não patológica, o mal-estar do indivíduo não surge primariamente da própria queixa física, mas sim da ansiedade acerca do significado, significância e causa da queixa (isto é, do diagnóstico médico de que suspeita). Se um sinal ou sintoma físico estiver presente, ele é por norma uma sensação fisiológica normal (por exemplo, tonturas relacionadas com o ortostatismo), uma disfunção benigna e autolimitada (por exemplo, acufeno transitório) ou desconforto corporal normalmente não considerado indicativo de doença (por exemplo, eructações). Se uma condição médica diagnosticável estiver presente, a ansiedade e a preocupação do indivíduo são claramente excessivas e desproporcionais à gravidade da condição (Critério B). A evidência empírica e a maior parte da literatura existente são relativas ao diagnóstico anterior do DSM de hipocondria, sendo pouco claro até que ponto e como se aplicam à descrição deste novo diagnóstico.

A preocupação com a ideia de que se está doente é acompanhada por uma ansiedade substancial relacionada com a saúde e a doença (Critério C). Indivíduos com perturbação de ansiedade de doença ficam com facilidade alarmados com a suspeita de doença, como, por exemplo, ouvir que alguém ficou doente ou ler um artigo relacionado com saúde. As suas questões acerca de uma doença não diagnosticada não são satisfeitas com explicações médicas apropriadas, testes de diagnóstico negativos ou cursos benignos. As tentativas do médico para reassegurar a ausência de doença e de paliar os sintomas não aliviam por norma as preocupações do indivíduo, podendo até intensificá-las. As preocupações com a doença assumem um lugar proeminente na vida do indivíduo, afetando as suas atividades diárias, podendo mesmo resultar em invalidez. A doença torna-se um aspeto central na identidade e autoimagem do indivíduo, um tópico frequente de conversa social e uma resposta característica a acontecimentos de vida stressantes. Indivíduos com esta perturbação

examinam-se a si próprios repetidas vezes (por exemplo, examinando a própria garganta ao espelho) (Critério D). Investigam sobre a doença de que suspeitam de forma excessiva (por exemplo, na Internet) e procuram com frequência confirmações pelos familiares, amigos e médicos. Esta preocupação incessante torna-se frequentemente frustrante para os outros, podendo resultar em tensão no seio da familiar. Nalguns casos, a ansiedade leva a evitamento desadaptativo de situações (por exemplo, visitar familiares doentes) ou de atividades (por exemplo, exercício) porque temem que possam prejudicar a sua saúde.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Dado que muitos acreditam que estão medicamente doentes, indivíduos com perturbação de ansiedade de doença são encontrados muito mais frequentemente nos cuidados médicos gerais do que nos cuidados de saúde mental. A maioria dos indivíduos com perturbação de ansiedade de doença foi submetida a um extenso, embora insatisfatório, cuidado médico, apesar de alguns estarem demasiado ansiosos para procurar atenção médica. Têm em geral taxas elevadas de utilização de cuidados médicos, mas não utilizam os cuidados de saúde mental mais do que a população geral. Muitas vezes consultam múltiplos médicos pelo mesmo problema e obtêm resultados diagnósticos repetidamente negativos. Por vezes, a atenção médica leva a uma exacerbação paradoxal da ansiedade ou a complicações iatrogénicas decorrentes dos testes ou manobras de diagnóstico. Os indivíduos com esta perturbação por norma encontram-se insatisfeitos com os cuidados médicos e acham-nos pouco úteis, sentindo que não são levados a sério pelos médicos. Por vezes, estas preocupações podem justificar-se, já que alguns clínicos agem de forma depreciativa ou respondem com frustração ou hostilidade. Esta resposta pode ocasionalmente condicionar que não se diagnostique uma condição médica que está presente.

Prevalência

A prevalência estimada desta perturbação baseia-se em estimativas do diagnóstico de *hipocondria* dos DSM-III e DSM-IV. Em inquéritos na comunidade e amostras baseadas na população geral, a prevalência a 1-2 anos de ansiedade relacionada com a saúde e/ou convicção de doença varia entre 1,3% e 10%. Em populações médicas ambulatórias, as taxas de prevalência a 6 meses/1 ano variam entre 3% e 8%. A prevalência desta perturbação é semelhante em ambos os sexos.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e curso da perturbação de ansiedade de doença não é claro. A perturbação de ansiedade de doença é em geral pensada como uma condição crónica e recorrente, tendo uma idade de início no princípio ou a meio da vida adulta. Em amostras baseadas na população geral, verificou-se que a ansiedade relacionada com a saúde aumenta com a idade, mas as idades dos indivíduos com níveis elevados de ansiedade relacionados com a saúde em contextos médicos não parecem diferir das dos outros doentes nos mesmos contextos. Em indivíduos mais velhos, a ansiedade relacionada com a saúde foca-se sobretudo na perda de memória. Pensa-se que a perturbação seja rara em crianças.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A perturbação de ansiedade de doença pode por vezes ser precipitada por um acontecimento de vida stressante ou por uma ameaça grave, mas depois confirmada como

benigna, à saúde do indivíduo. Uma história de abuso na infância ou de doença grave durante este período pode predispor para o desenvolvimento desta perturbação na idade adulta.

Modificadores do curso. Aproximadamente um terço a metade dos indivíduos com perturbação de ansiedade de doença apresentam uma forma transitória, a qual está associada a menos comorbilidade psiquiátrica, mais comorbilidade médica e a perturbação de ansiedade de doença menos grave.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O diagnóstico deve ser feito com cautela em indivíduos cujas ideias sobre a doença são congruentes com crenças amplamente sancionadas pela cultura onde estão inseridos. Pouco se sabe acerca da fenomenologia desta perturbação entre as diversas culturas, embora a prevalência pareça ser semelhante em diferentes países com diversas culturas.

Consequências Funcionais da Perturbação de Ansiedade de Doença

A perturbação de ansiedade de doença causa défices no desempenho de papéis e uma diminuição substancial da função física e qualidade de vida relacionadas com a saúde. As preocupações com a saúde interferem muitas vezes com as relações interpessoais, perturbam a vida familiar e deterioram o desempenho no trabalho.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. O primeiro diagnóstico diferencial a considerar é a existência de uma condição médica subjacente, incluindo condições neurológicas ou endócrinas, neoplasias ocultas e outras doenças que afetem múltiplos sistemas corporais. A presença de uma condição médica não exclui a possibilidade de a perturbação de ansiedade de doença ser comórbida. Se uma condição médica estiver presente, a ansiedade e as preocupações relacionadas com a doença devem ser claramente desproporcionais à sua gravidade. Preocupações transitórias relacionadas com uma condição médica não constituem uma perturbação de ansiedade de doença.

Perturbações de ajustamento. A ansiedade relacionada com a saúde é uma resposta normal a doença grave e não é uma perturbação mental. Esta ansiedade não patológica está claramente relacionada com a condição médica, sendo tipicamente limitada no tempo. Se a ansiedade relacionada com a saúde for grave o suficiente, pode ser diagnosticada uma perturbação de ajustamento. No entanto, só poderá ser diagnosticada a perturbação de ansiedade de doença quando a ansiedade relacionada com a saúde tiver uma duração, gravidade e causar mal-estar suficientes. Assim, o diagnóstico requer a persistência contínua de ansiedade relacionada com a saúde desproporcional durante pelo menos 6 meses.

Perturbação de sintomas somáticos. A perturbação de sintomas somáticos é diagnosticada quando estão presentes sintomas somáticos significativos. Em contraste, indivíduos com perturbação de ansiedade de doença têm sintomas somáticos mínimos e estão primariamente preocupados com a ideia de que estão doentes.

Perturbações de ansiedade. Na perturbação de ansiedade generalizada, os indivíduos preocupam-se com múltiplos acontecimentos, situações ou atividades, das quais apenas uma poderá envolver a saúde. Na perturbação de pânico, o indivíduo pode estar preocupado que os ataques de pânico reflitam a presença de uma doença médica. No entanto, apesar de estes

indivíduos poderem ter ansiedade relacionada com a saúde, a sua ansiedade é em regra muito aguda e episódica. Na perturbação de ansiedade de doença, a ansiedade relacionada com a saúde e os medos são mais persistentes e duradouros. Os indivíduos com perturbação de ansiedade de doença podem experienciar ataques de pânico que são desencadeados pelas suas preocupações com a doença.

Perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas. Indivíduos com perturbação de ansiedade de doença podem ter pensamentos intrusivos acerca de ter uma doença e podem também ter comportamentos compulsivos associados (por exemplo, procurar confirmar a doença). Contudo, na perturbação de ansiedade de doença, as preocupações estão por norma focadas em ter uma doença, enquanto na perturbação obsessivo-compulsiva (POC) os pensamentos são intrusivos e focam-se habitualmente no medo de vir a ter uma doença no futuro. A maioria dos indivíduos com POC tem obsessões ou compulsões que envolvem outras preocupações para além do medo de contrair uma doença. Na perturbação dismórfica corporal, as preocupações limitam-se à aparência física do indivíduo, a qual é vista como defeituosa ou imperfeita.

Perturbação depressiva major. Alguns indivíduos com um episódio depressivo major ruminam sobre a sua saúde e preocupam-se excessivamente com a doença. Um diagnóstico separado de perturbação de ansiedade de doença não é feito se estas preocupações ocorrem apenas durante o episódio depressivo major. No entanto, se a preocupação excessiva com a doença persistir após a remissão do episódio, deverá ser considerado o diagnóstico de perturbação de ansiedade de doença.

Perturbações psicóticas. Os indivíduos com perturbação de ansiedade de doença não estão delirantes e conseguem reconhecer a possibilidade de a doença não estar presente. As suas ideias não têm a rigidez ou a intensidade observadas nos delírios somáticos que ocorrem nas perturbações psicóticas (por exemplo, esquizofrenia, perturbação delirante de tipo somático, perturbação depressiva major com características psicóticas). Os delírios somáticos verdadeiros são em regra mais bizarros (por exemplo, um órgão que está a apodrecer ou morto) do que as preocupações que se observam na perturbação de ansiedade de doença. As preocupações que ocorrem na perturbação de ansiedade de doença, ainda que sem fundamento real, são plausíveis.

Comorbilidades

Dado que a perturbação de ansiedade de doença é uma nova perturbação, as suas comorbilidades exatas são desconhecidas. A hipocondria coocorre com perturbações de ansiedade (particularmente, com a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico e POC) e com as perturbações depressivas. É possível que cerca de dois terços dos indivíduos com perturbação de ansiedade de doença tenham pelo menos uma perturbação mental major comórbida. Os indivíduos com esta perturbação podem ter um risco elevado de perturbação de sintomas somáticos e de perturbações da personalidade.

Perturbação de Conversão (Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais)

Critérios de Diagnóstico

A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial voluntária alterada.
B. Os achados clínicos proporcionam evidência de incompatibilidade entre os sintomas e as condições médicas ou neurológicas reconhecidas.
C. O sintoma ou défice não é mais bem explicado por outra perturbação médica ou mental.
D. O sintoma ou défice causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento ou requer avaliação médica.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para perturbação de conversão é **300.11**, o qual é atribuído independentemente do tipo de sintoma. O código ICD-10-CM depende do tipo de sintoma (ver abaixo).

Especificar o tipo de sintoma:

(F44.4) Com fraqueza ou paralisia

(F44.4) Com movimentos anormais (por exemplo, tremor, movimento distónico, mioclonia, perturbação da marcha)

(F44.4) Com sintomas da deglutição

(F44.4) Com sintomas da fala (por exemplo, disfonia, fala arrastada)

(F44.5) Com crises ou convulsões

(F44.6) Com anestesia ou perda sensorial

(F44.6) Com sintoma sensorial especial (por exemplo, alteração visual, olfativa ou auditiva)

(F44.7) Com sintomas mistos

Especificar se:

Episódio agudo. Os sintomas estão presentes durante pelo menos 6 meses.

Persistente. Os sintomas ocorrem por 6 ou mais meses.

Especificar se:

Com fator de stress psicológico (especificar o fator de stress)

Sem fator de stress psicológico

Características de Diagnóstico

Muitos clínicos usam os nomes alternativos «funcional» (referindo-se ao funcionamento anormal do sistema nervoso central) ou «psicogénico» (referindo-se a uma etiologia assumida) para descrever os sintomas da perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais). Na perturbação de conversão, pode existir um ou mais sintomas de vários tipos. Os sintomas motores incluem fraqueza ou paralisia; movimentos anormais, como tremor ou movimentos distónicos; anomalias da marcha; ou posição anormal de membros. Os sintomas sensoriais podem incluir alteração, redução ou ausência de sensações na pele, visão ou audição. Os episódios anómalos de tremores generalizados dos membros com aparente diminuição ou perda de consciência podem assemelhar-se a convulsões epiléticas (também chamadas de *convulsões psicogénicas* ou *convulsões não epiléticas*). Podem acontecer episódios em que o indivíduo não responde a estímulos, fazendo lembrar síncope ou coma. Outros sintomas incluem redução ou ausência de volume da fala (disfonia/afonia), alterações da articulação (disartria), sensação de corpo estranho na garganta (*globus*) e diplopia.

Apesar de o diagnóstico requerer que o sintoma não seja explicado por uma doença neurológica, este não pode ser feito simplesmente porque os resultados da investigação clínica foram normais ou porque o sintoma é «bizarro». Têm de existir achados clínicos que mostrem evidência clara da incompatibilidade com doença neurológica. A inconsistência interna durante o exame é uma forma de demonstrar esta incompatibilidade (isto é, demonstrar que os sinais achados através de um método de examinação não permanecem positivos quando testados de uma maneira diferente). Exemplos destes achados incluem:

- Sinal de Hoover, em que a diminuição de força na extensão da anca volta ao normal com a flexão da anca contralateral contra resistência.
- Diminuição da força marcada na fiexão plantar quando testado na cama num indivíduo que é capaz de andar nas pontas dos pés.
- Achados positivos no teste de embarque de tremor. Neste teste, um tremor unilateral pode ser identificado como funcional se o tremor se alterar quando o indivíduo é distraído. Isto pode ser observado se for pedido ao indivíduo que copie o examinador a fazer um movimento rítmico com a mão não afetada, o que faz que o tremor funcional se altere de tal forma que faz que copie ou «embarque» no ritmo da mão não afetada ou que o tremor funcional pare, ou que não faça mais movimentos rítmicos simples.
- Nas crises que se assemelham à epilepsia ou à síncope (crises não epiléticas «psicogénicas»), a ocorrência do fecho das pálpebras contra resistência ou um eletrencefalograma normal simultâneo (apesar de este achado não poder excluir todas as formas de epilepsia ou de síncope).
- Para sintomas visuais, um campo visual tubular (isto é, visão em túnel).

É importante notar que o diagnóstico de perturbação de conversão deve basear-se no quadro clínico completo e não num único achado clínico.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Várias características associadas podem suportar o diagnóstico de perturbação de conversão. Pode haver uma história de múltiplos sintomas somáticos semelhantes. O início pode estar associado a stress ou trauma, seja de natureza psicológica ou física. A relevância etiológica potencial deste stress ou trauma pode ser sugerida por uma relação temporal próxima. No entanto, enquanto a avaliação do stress e do trauma é importante, o diagnóstico não deve ser negado se nada for encontrado.

A perturbação de conversão associa-se com frequência a sintomas dissociativos, tais como despersonalização, desrealização e amnésia dissociativa, particularmente no início dos sintomas ou durante os ataques.

O diagnóstico de perturbação de conversão não requer que os sintomas não sejam intencionalmente produzidos (isto é, não fingidos), dado que a ausência definitiva de fingimento pode ser difícil de discernir. O fenómeno de *la belle indifférence* (isto é, falta de preocupação acerca da natureza ou implicações do sintoma) foi associado à perturbação de conversão, mas não é específico dessa perturbação, pelo que não deve ser usado para fazer o diagnóstico. De forma semelhante, o conceito de *ganhos secundários* (isto é, quando os indivíduos obtêm ganhos externos tais como dinheiro ou libertação de responsabilidades) também não é específico da perturbação de conversão e, em particular, no contexto de pro-

vas definitivas de fingimento, os diagnósticos que devem ser considerados no seu lugar devem incluir a perturbação factícia ou simulação (ver a secção «Diagnóstico Diferencial» para esta perturbação).

Prevalência

Os sintomas conversivos transitórios são comuns, mas a prevalência precisa desta perturbação é desconhecida. Em parte, tal é devido ao facto de o diagnóstico requerer habitualmente uma avaliação em cuidados secundários, onde ela é encontrada em cerca de 5% dos casos referenciados às clínicas de neurologia. Estima-se que a incidência de sintomas conversivos persistentes seja de 2-5/100 000/ano.

Desenvolvimento e Curso

O início tem sido reportado ao longo da vida. O início de crises não epiléticas tem o seu pico na terceira década e os sintomas motores têm o seu pico na quarta década. Os sintomas podem ser transitórios ou persistentes. O prognóstico pode ser melhor em crianças jovens do que em adolescentes e adultos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Traços de personalidade desadaptativos estão em regra associados à perturbação de conversão.

Ambientais. Pode haver uma história de abuso ou de negligência na infância. Embora nem sempre estejam presentes, é frequente existirem acontecimentos de vida stressantes.

Genéticos e fisiológicos. A presença de doença neurológica que causa sintomas semelhantes é um fator de risco (por exemplo, as crises não epiléticas são mais comuns em doentes que também têm epilepsia).

Modificadores do curso. A curta duração dos sintomas e a aceitação do diagnóstico são fatores de prognóstico positivos. Traços de personalidade desadaptativos, a presença de doença física comórbida e a receção de benefícios por incapacidade podem ser fatores de prognóstico negativos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Alterações que se assemelhem a sintomas conversivos (e dissociativos) são comuns em certos rituais sancionados culturalmente. Se os sintomas são completamente explicados dentro de um contexto cultural particular e não resultam em mal-estar clinicamente significativo ou em défices, não é feito o diagnóstico de perturbação de conversão.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação de conversão é 2 a 3 vezes mais frequente no sexo feminino.

Consequências Funcionais da Perturbação de Conversão

Indivíduos com sintomas conversivos podem ter níveis de incapacidade substanciais. O grau de incapacidade pode ser semelhante ao que é experienciado por indivíduos com doenças médicas comparáveis.

Diagnóstico Diferencial

Deve fazer-se o diagnóstico se outra perturbação mental explicar melhor os sintomas. No entanto, o diagnóstico de perturbação de conversão pode ser feito na presença de outra perturbação mental.

Doença neurológica. O principal diagnóstico diferencial é uma doença neurológica que pode explicar melhor os sintomas. Depois de um exame neurológico minucioso, é raro encontrar-se uma causa neurológica inesperada para os sintomas durante o seguimento. Todavia, podem ser necessárias reavaliações se os sintomas parecerem ser progressivos. A perturbação de conversão pode coexistir com a doença neurológica.

Perturbação de sintomas somáticos. A perturbação de conversão pode ser diagnosticada adicionalmente a uma perturbação de sintomas somáticos. Na maioria dos sintomas somáticos encontrados na perturbação de sintomas somáticos não se consegue demonstrar que são claramente incompatíveis com a fisiopatologia (por exemplo, dor, fadiga), enquanto na perturbação de conversão esta incompatibilidade é um requisito para o diagnóstico. Na perturbação de conversão, os pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos que caracterizam a perturbação de sintomas somáticos estão ausentes na maior parte das vezes.

Perturbação factícia e simulação. O diagnóstico de perturbação de conversão não requer que se considere que os sintomas *não* são produzidos intencionalmente (isto é, não fingidos), uma vez que a avaliação da intenção consciente não é fiável. No entanto, provas definitivas de fingimento (por exemplo, evidência clara de falta de função durante o exame, mas não em casa) deve sugerir um diagnóstico de perturbação factícia, se o objetivo aparente do indivíduo for assumir o papel de doente, ou de simulação, se o objetivo for obter um incentivo, tal como dinheiro.

Perturbações dissociativas. Os sintomas dissociativos são comuns nos indivíduos com perturbação de conversão. Se a perturbação de conversão e a perturbação dissociativa estão presentes, então deverão ser feitos ambos os diagnósticos.

Perturbação dismórfica corporal. Indivíduos com perturbação dismórfica corporal estão excessivamente preocupados com um defeito de que se apercebem nas suas próprias características físicas, embora não se queixem de sintomas sensoriais ou motores na parte corporal afetada.

Perturbações depressivas. Nas perturbações depressivas, os doentes podem queixar-se de peso generalizado nos membros, enquanto a falta de força na perturbação de conversão é mais focal e proeminente. As perturbações depressivas distinguem-se também pela presença de sintomas depressivos nucleares.

Perturbação de pânico. Os sintomas neurológicos episódicos (por exemplo, tremores e parestesias) podem ocorrer tanto na perturbação conversiva como nos ataques de pânico. Nos ataques de pânico, os sintomas neurológicos são por norma episódicos, transitórios e agudos com sintomas cardiorrespiratórios característicos. A perda de consciência com amnésia para o ataque e movimentos violentos dos membros ocorrem nas crises não epiléticas, mas não nos ataques de pânico.

Comorbilidades

As perturbações de ansiedade, em especial a perturbação de pânico e as perturbações depressivas, coocorrem comummente com a perturbação conversiva. A perturbação de sintomas

somáticos também pode ser comórbida. Psicose, perturbação de uso de substâncias e abuso de álcool são incomuns. As perturbações de personalidade são mais comuns em indivíduos com perturbação conversiva do que na população geral. Condições neurológicas ou outras condições médicas também coexistem comummente com a perturbação conversiva.

Fatores Psicológicos Que Afetam Outras Condições Médicas

Critérios de Diagnóstico 316 (F54)

A. Presença de um sintoma ou condição médica (que não uma perturbação mental).
B. Fatores psicológicos ou comportamentais que afetam de forma adversa a condição médica, numa das seguintes maneiras:
   1. Os fatores influenciaram o curso da condição médica, tal como é demonstrado pela íntima associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento, exacerbação ou atraso na recuperação de uma condição médica.
   2. Os fatores interferem com o tratamento da condição médica (por exemplo, má adesão).
   3. Os fatores constituem riscos de saúde adicionais bem estabelecidos para o indivíduo.
   4. Os fatores influenciam a fisiopatologia subjacente, precipitando ou exacerbando sintomas ou necessitando de cuidados médicos.
C. Os fatores psicológicos e comportamentais no Critério B não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de pânico, perturbação depressiva major, perturbação de stress pós-traumático).

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Aumenta o risco médico (por exemplo, adesão inconsistente ao tratamento anti-hipertensor).

Moderada. Agrava a condição médica subjacente (por exemplo, ansiedade que agrava a asma).

Grave. Resulta em hospitalização ou ida ao serviço de urgência.

Extrema. Resulta em risco de vida grave (por exemplo, ignorar os sintomas de um ataque cardíaco).

Características de Diagnóstico

A característica essencial dos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é a presença de 1 ou mais fatores psicológicos ou comportamentais clinicamente significativos que afetam de forma adversa a condição médica, aumentando o risco de sofrimento, morte ou incapacidade (Critério B). Estes fatores podem afetar adversamente a condição médica por influenciarem o seu curso ou tratamento, por constituírem um fator de risco adicional bem estabelecido, ou por influenciarem a fisiopatologia subjacente, precipitando ou exacerbando sintomas ou necessitando de cuidados médicos.

Os fatores psicológicos ou comportamentais incluem mal-estar psicológico, padrões de interação interpessoal, estilos de *coping*, comportamentos em relação à doença desadaptativos, como negação de sintomas ou má adesão às recomendações médicas. Exemplos clínicos comuns são a exacerbação da asma pela ansiedade, negação da necessidade de tratamento por toracalgia aguda e manipulações de insulina por um indivíduo com diabetes

que deseja perder peso. Foi demonstrado que muitos fatores psicológicos têm uma influência adversa nas condições médicas – por exemplo, sintomas de depressão ou ansiedade, acontecimentos de vida stressantes, estilo de relações, traços de personalidade e estilos de *coping*. Os efeitos adversos podem variar desde agudo, com consequências médicas imediatas (por exemplo, cardiomiopatia de Takotsubo), até crónico, ocorrendo durante um longo período de tempo (por exemplo, stress ocupacional crónico que aumenta o risco de hipertensão). As condições médicas afetadas podem ser aquelas com fisiopatologia bem estabelecida (por exemplo, diabetes, cancro, doença coronária), síndromes funcionais (por exemplo, enxaqueca, síndrome do intestino irritável, fibromialgia) ou sintomas médicos idiopáticos (por exemplo, dor, fadiga, tonturas).

Este diagnóstico deve ser reservado para situações em que o efeito do fator psicológico na condição médica é evidente e naquelas em que o fator psicológico tem um efeito clinicamente significativo no curso ou prognóstico da condição médica. Sintomas psicológicos ou comportamentais anómalos que se desenvolvem em resposta a uma condição médica são mais apropriadamente codificados como uma perturbação de ajustamento (uma resposta psicológica clinicamente significativa a um agente gerador de stress identificável). Devem existir provas razoáveis para sugerir uma associação entre fatores psicológicos e a condição médica, apesar de com frequência não ser possível demonstrar uma causalidade direta ou os mecanismos subjacentes a esta relação.

Prevalência

A prevalência de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas não é clara. Nos dados de faturação das companhias de seguros privadas dos EUA é um diagnóstico mais comum do que as perturbações de sintomas somáticos.

Desenvolvimento e Curso

Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas podem ocorrer ao longo da vida. Particularmente no caso de crianças pequenas, uma história corroborativa dada pelos pais ou pela escola pode ajudar na avaliação. Algumas condições são características de certas fases da vida (por exemplo, em indivíduos idosos, o stress associado ao facto de serem cuidadores de um cônjuge ou companheiro doente).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existem muitas diferenças entre culturas que podem influenciar os fatores psicológicos e os seus efeitos nas condições médicas, tais como a linguagem e o estilo de comunicação, os modelos explicativos da doença, os padrões de procura de cuidados médicos, a disponibilidade e organização dos serviços de saúde, a relação médico-doente e outras práticas de cura, papéis familiares e de género e as atitudes para com a dor e a morte. Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas devem ser distinguidos de comportamentos culturais específicos, como usar curandeiros espirituais ou outras variações na gestão da doença que são aceitáveis dentro de uma cultura e que representam antes uma tentativa de ajudar a condição médica e não de nela interferir. Estas práticas locais podem complementar ao invés de obstruir as intervenções baseadas na evidência. Se não afetarem de forma adversa o resultado, não deverão ser consideradas patológicas como fatores psicológicos que afetam as condições médicas.

Consequências Funcionais dos Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas

Foi demonstrado que fatores psicológicos e comportamentais afetam o curso de muitas doenças médicas.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação mental devida a outra condição médica. Uma associação temporal entre os sintomas de uma perturbação mental e os de uma condição médica também é característica de uma perturbação mental devida a outra condição médica, mas a causalidade presumida encontra-se na direção oposta. Numa perturbação mental devida a outra condição médica, assume-se a condição médica como a causa da perturbação mental através de um mecanismo fisiológico direto. Nos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, assume-se que os fatores psicológicos ou comportamentais afetam o curso da condição médica.

Perturbações de ajustamento. Os sintomas psicológicos ou comportamentais anómalos que se desenvolvem em resposta a uma condição médica são mais apropriadamente codificados como uma perturbação de ajustamento (uma resposta psicológica clinicamente significativa a um agente gerador de stress identificável). Por exemplo, um indivíduo com angina que é precipitada sempre que fica enraivecido poderia ser diagnosticado como tendo fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, enquanto um indivíduo com angina que desenvolve ansiedade antecipatória desadaptativa seria diagnosticado como tendo uma perturbação de ajustamento com ansiedade. Na prática clínica, contudo, os fatores psicológicos e a condição médica exacerbam-se mutuamente na maioria das vezes (por exemplo, ansiedade como fator precipitante e consequência de angina), sendo a distinção, nesse caso, arbitrária. Outras perturbações mentais resultam muitas vezes em complicações médicas, mais notoriamente as perturbações de uso de substâncias (por exemplo, perturbação de uso de álcool, perturbação de uso de tabaco). Se um indivíduo tem uma perturbação mental major coexistente que afeta de forma adversa ou causa outra condição médica, os diagnósticos da perturbação mental e da condição médica são em regra suficientes. Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas são diagnosticados quando comportamentos ou traços psicológicos não cumprem critérios para um diagnóstico de perturbação mental.

Perturbação de sintomas somáticos. A perturbação de sintomas somáticos é caracterizada por uma combinação de sintomas somáticos geradores de mal-estar e pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos ou desadaptativos em resposta a estes sintomas ou a preocupações associadas com a saúde. O indivíduo pode ter ou não uma condição médica diagnosticável. Em contraste, nos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, os fatores psicológicos afetam adversamente a condição médica, sendo que os pensamentos, sentimentos ou comportamentos do indivíduo não são necessariamente excessivos. A diferença está na enfâse que lhes é dada e não tanto na sua clara distinção. Nos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, a enfâse está na exacerbação da condição médica (por exemplo, um indivíduo com angina que é precipitada sempre que fica ansioso). Na perturbação de sintomas somáticos, a enfâse está nos pensamentos, sentimentos e comportamentos desadaptativos (por exemplo, um indivíduo com angina que se preocupa constantemente com o vir a ter um ataque cardíaco, verifica a pressão arterial várias vezes por dia e restringe as suas atividades).

Perturbação de ansiedade de doença. A perturbação de ansiedade de doença caracteriza-se por um grau elevado de ansiedade de doença que é gerador de mal-estar ou disruptivo do quotidiano com sintomas somáticos mínimos. O foco da preocupação clínica é a preocupação que o indivíduo tem acerca de ter uma doença. Na maioria dos casos, não está presente qualquer doença grave. Nos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, a ansiedade pode ser um fator psicológico relevante que afeta a condição médica, mas a preocupação clínica são os efeitos adversos na condição médica.

Comorbilidades

Por definição, o diagnóstico de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas compreende um traço ou uma síndrome psicológica ou comportamental relevante e uma condição médica comórbida.

Perturbação Factícia

Critérios de Diagnóstico

300.19 (F68.10)

Perturbação Factícia Imposta no Próprio

A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada a engano identificado.
B. O indivíduo apresenta-se perante os outros como doente, incapacitado ou lesionado.
C. O comportamento de engano é evidente, mesmo na ausência de ganhos externos óbvios.
D. O comportamento não é mais bem explicado por outra perturbação mental, tal como perturbação delirante ou outra perturbação psicótica.

Especificar:

Episódio único

Episódios recorrentes (2 ou mais eventos de falsificação de doença e/ou de indução de lesão)

Perturbação Factícia Imposta no Outro (Previamente Perturbação Factícia por Procuração)

A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos ou indução de lesão ou doença noutra pessoa, associado a engano identificado.
B. O indivíduo apresenta o outro indivíduo (vítima) perante os outros como doente, incapacitado ou lesionado.
C. O comportamento de engano é evidente mesmo na ausência de ganhos externos óbvios.
D. O comportamento não é mais bem explicado por outra perturbação mental, tal como perturbação delirante ou outra perturbação psicótica.

Nota. O perpetrador, não a vítima, recebe este diagnóstico.

Especificar:

Episódio único

Episódios recorrentes (2 ou mais eventos de falsificação de doença ou de indução de lesão)

Procedimentos de Codificação

Quando um indivíduo falsifica uma doença no outro (por exemplo, criança, adulto, animais de estimação), o diagnóstico é perturbação factícia imposta no outro. O perpetrador, não

a vítima, recebe o diagnóstico. À vítima pode ser dado um diagnóstico de abuso (por exemplo, 995.54 [T74.12X]; ver o capítulo «Outras Condições Que Podem Ser Foco de Atenção Clínica»).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação factícia é a falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos no próprio ou nos outros que estão associados o engano identificado. Indivíduos com perturbação factícia podem também procurar tratamento para si próprios ou para os outros depois da indução de uma lesão ou doença. O diagnóstico requer a demonstração de que o indivíduo está a tomar ações sub-reptícias para deturpar, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão na ausência de ganhos externos óbvios. Os métodos para falsificação de doença podem incluir exagero, fabricação, simulação ou indução. Apesar de uma condição médica preexistente poder estar presente, o comportamento de engano ou indução de lesão associada a engano faz que os outros vejam estes indivíduos (ou os outros a quem são induzidos estes comportamentos) como mais doentes ou incapacitados, o que pode levar a intervenções clínicas excessivas. Indivíduos com perturbação factícia podem, por exemplo, queixar-se de sentimentos de tristeza ou ideias de suicídio após a morte de um cônjuge, apesar de esta morte não ser verdadeira ou de o cônjuge não existir; queixar-se de sintomas neurológicos falsos (por exemplo, crises epiléticas, tonturas ou lipotimia); manipular um teste laboratorial (por exemplo, por adição de sangue à urina) para indicar uma anomalia falsa; falsificar os processos clínicos para indicar uma doença; ingerir substâncias (por exemplo, insulina ou varfarina) para induzir resultados laboratoriais anómalos ou doença; ou lesionar-se fisicamente ou induzir doença neles próprios ou nos outros (por exemplo, injetando-se com matéria fecal para produzir um abcesso ou induzir sépsis).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação factícia imposta no próprio ou imposta no outro estão em risco de experienciar um grande mal-estar psicológico ou défice funcional por causarem danos a si próprios e aos outros. Familiares, amigos e profissionais de saúde são muitas vezes adversamente afetados pelos seus comportamentos. As perturbações factícias partilham semelhanças com as perturbações de uso de substâncias, perturbações alimentares, perturbações do controlo dos impulsos, perturbações de pedofilia e outras perturbações relacionadas com a persistência de um comportamento e os esforços intencionais para ocultar o comportamento desviante através de engano. Enquanto alguns aspetos das perturbações factícias podem representar comportamentos criminais (por exemplo, perturbação factícia imposta no outro, na qual as ações do progenitor representam abuso ou maus-tratos à criança), tal comportamento criminoso e a perturbação mental não são mutuamente exclusivos. O diagnóstico de uma perturbação factícia enfatiza a identificação objetiva da falsificação de sinais e sintomas de doença, mais do que infere a intenção ou a possível motivação subjacente. Além do mais, tais comportamentos, incluindo a indução de lesão ou doença, estão em regra associados a engano.

Prevalência

A prevalência da perturbação factícia é desconhecida, talvez devido ao papel do engano nesta população. Entre os doentes em contexto hospitalar, estima-se que cerca de 1% dos indivíduos tem quadros que satisfazem os critérios para perturbação factícia.

Desenvolvimento e Curso

O curso da perturbação factícia é em regra caracterizado por episódios intermitentes, sendo menos comuns episódios únicos e episódios que são caracterizados como persistentes e sem remissão. Habitualmente, o início é durante o início da idade adulta, muitas vezes depois de uma hospitalização devida a uma condição médica ou perturbação mental. Quando é imposta no outro, a perturbação pode começar depois da hospitalização do filho ou de outro dependente do indivíduo. Em indivíduos com episódios recorrentes de falsificação de sinais e sintomas de doença e/ou indução de lesão, este padrão de contacto fraudulento sucessivo com o pessoal médico, incluindo as hospitalizações, pode tornar-se vitalício.

Diagnóstico Diferencial

Cuidadores que mentem sobre lesões de abuso nos dependentes apenas com o objetivo de se protegerem de responsabilidades legais não são diagnosticados com perturbação factícia imposta no outro, uma vez que a proteção das responsabilidade é um ganho externo (Critério C, o comportamento fraudulento é evidente mesmo na ausência de ganhos externos óbvios). Tais cuidadores que, após observação, análise do processo clínico e/ou entrevistas com outros, se encontram a mentir mais do que necessário para sua própria proteção imediata são diagnosticados com perturbação factícia imposta no outro.

Perturbação de sintomas somáticos. Na perturbação de sintomas somáticos, pode existir procura excessiva de atenção e tratamento para questões médicas, mas não existe evidência de que o indivíduo esteja a dar informação falsa ou a comportar-se de forma fraudulenta.

Simulação. A simulação é distinguida da perturbação factícia pelo relato intencional de sintomas com vista a obter ganhos pessoais (por exemplo, dinheiro, dispensa do trabalho). Em contraste, o diagnóstico de perturbação factícia exige a ausência de ganhos óbvios.

Perturbação conversiva (perturbação de sintomas neurológicos funcionais). A perturbação de conversão é caracterizada por sintomas neurológicos que são inconsistentes com a fisiopatologia neurológica. A perturbação factícia com sintomas neurológicos distingue-se da perturbação conversiva pela evidência de falsificação fraudulenta de sintomas.

Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Danos físicos deliberadamente autoinfligidos na ausência de intenção suicida podem ocorrer em associação com outras perturbações mentais, tais como a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. A perturbação factícia requer que a indução de lesão ocorra em associação com engano.

Condição médica ou perturbação mental não associada a falsificação intencional de sintomas. A apresentação de sinais e sintomas de doença que não se enquadram numa condição médica ou perturbação mental identificável aumenta a probabilidade da presença de uma perturbação factícia. No entanto, o diagnóstico de perturbação factícia não exclui a presença de uma condição médica ou perturbação mental verdadeira, já que a doença comórbida ocorre muitas vezes em conjunto com a perturbação factícia. Por exemplo, indivíduos que podem manipular os níveis de glicose no sangue para produzir sintomas podem também ter diabetes.

Perturbação de Sintomas Somáticos com Outra Especificação e Perturbações Relacionadas

300.89 (F45.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação de sintomas somáticos ou perturbação relacionada que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações de sintomas somáticos ou perturbações relacionadas.

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas utilizando a designação de «sintomas somáticos com outra especificação» incluem os seguintes:

1. **Perturbação de sintomas somáticos breve.** Duração dos sintomas inferior a 6 meses.
2. **Perturbação de ansiedade de doença breve.** Duração dos sintomas inferior a 6 meses.
3. **Perturbação de ansiedade de doença sem comportamentos relacionados com saúde excessivos.** O critério D para perturbação de ansiedade de doença não é preenchido.
4. **Pseudociese.** Uma crença falsa de que está grávida que está associada a sinais objetivos e sintomas reportados de gravidez.

Perturbação de Sintomas Somáticos Não Especificada e Perturbações Relacionadas

300.82 (F45.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação de sintomas somáticos ou perturbação relacionada que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações de sintomas somáticos ou perturbações relacionadas. A categoria de perturbação de sintomas somáticos não especificada e perturbações relacionadas não deve ser utilizada a não ser que existam definitivamente situações invulgares em que não existe informação suficiente para estabelecer um diagnóstico mais específico.

Perturbações da Alimentação e da Ingestão

As perturbações da alimentação e da ingestão são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca défice significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial. Esta secção inclui os critérios de diagnóstico para pica, mericismo, perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva.

Os critérios de diagnóstico para mericismo, perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva resultam num esquema de classificação que é mutuamente exclusivo, de tal forma que, durante um episódio único, apenas um destes diagnósticos pode ser atribuído. O racional desta abordagem é que, apesar de existirem algumas características comportamentais e psicológicas comuns, as perturbações diferem substancialmente no curso clínico, prognóstico e necessidades de tratamento. O diagnóstico de pica, porém, pode ser colocado na presença de qualquer uma das outras perturbações da alimentação ou da ingestão.

Alguns indivíduos com as perturbações descritas neste capítulo referem sintomas relacionados com a alimentação semelhantes aos tipicamente adotados por indivíduos com perturbações de uso de substâncias, tais como o *craving* e os padrões de uso compulsivo. Esta semelhança pode refletir o envolvimento dos mesmos circuitos neuronais, incluindo aqueles implicados na regulação do autocontrolo e recompensa, em ambos os grupos de perturbações. Contudo, as contribuições relativas dos fatores partilhados e isolados no desenvolvimento e perpetuação das perturbações alimentares e do uso de substâncias permanecem pouco compreendidas.

Finalmente, a obesidade não é incluída no DSM-5 como uma perturbação mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do consumo prolongado de energia excessiva relativamente aos gastos energéticos. Uma variedade de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; assim, a obesidade não é considerada uma perturbação mental. Contudo, existem associações robustas entre a obesidade e uma variedade de doenças mentais (por exemplo, perturbação de ingestão alimentar compulsiva, perturbações depressiva e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos secundários de alguns psicofármacos contribuem de forma importante para o desenvolvimento da obesidade, e a obesidade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de algumas perturbações mentais (por exemplo, perturbações depressivas).

Pica

Critérios de Diagnóstico

A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, por um período de pelo menos 1 mês.
B. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao nível do desenvolvimento do indivíduo.
C. O comportamento alimentar não faz parte de práticas culturalmente aceites ou de normas de conduta social.
D. Se o comportamento alimentar ocorrer exclusivamente durante a evolução de outra perturbação mental (por exemplo, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual], perturbações do espectro do autismo, esquizofrenia) ou estado físico geral (incluindo gravidez), e a sua gravidade for suficiente para merecer uma atenção clínica adicional.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para pica é **307.52** e é utilizado para crianças ou adultos. Os códigos ICD-10-CM para pica são **(F98.3)** nas crianças e **(F50.8)** nos adultos.

Especificar se:

Em remissão. Após terem estado preenchidos os critérios completos para pica, os critérios não estão presentes durante um longo período de tempo.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da pica é uma ingestão persistente de substâncias não nutritivas e não alimentares, de forma persistente durante um período de pelo menos 1 mês (Critério A) que é suficientemente grave para merecer atenção clínica. As substâncias tipicamente ingeridas tendem a variar com a idade e a disponibilidade e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, cordel, lã, terra, cal, pó de talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão, cinzas, argila, amido ou gelo. O termo «não alimentar» é incluído porque o diagnóstico de pica não se aplica à ingestão de produtos dietéticos que têm conteúdo nutricional mínimo. Tipicamente, não existe aversão aos alimentos em geral. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao nível do desenvolvimento do indivíduo (Critério B) e não faz parte de práticas culturalmente aceites ou de normas de conduta social (Critério C). Sugere-se uma idade mínima de 2 anos para o diagnóstico de pica para excluir o levar à boca objetos que é normal no desenvolvimento de crianças e que resulte na sua em ingestão. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, pode ser uma característica associada a outras perturbações mentais (por exemplo, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual], perturbações do espectro do autismo, esquizofrenia). Se o comportamento alimentar ocorre exclusivamente no contexto de outra perturbação mental, o diagnóstico separado de pica deve ser realizado apenas se o comportamento alimentar é suficientemente grave para merecer atenção clínica adicional (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Ainda que em alguns casos se observem deficiências de vitaminas ou de minerais (por exemplo, zinco, ferro), habitualmente não são encontradas anomalias biológicas específicas. Nalguns casos, a pica só desperta a atenção clínica quando o indivíduo apresenta complicações médicas gerais que podem resultar daquela (por exemplo, problemas mecânicos

intestinais; obstrução intestinal por bezoar; perfuração intestinal; infeções tais como toxoplasmose e toxocaríase resultantes da ingestão de fezes ou lixo; intoxicação por ingestão de tinta com chumbo).

Prevalência

A prevalência da pica é incerta. Entre indivíduos com incapacidade intelectual, a prevalência da pica parece aumentar com a gravidade da condição.

Desenvolvimento e Curso

A pica pode ter o seu início na infância, adolescência ou idade adulta, embora o início na infância seja o mais frequentemente reportado. A pica pode ocorrer em crianças com um desenvolvimento que de resto é normal, enquanto em adultos parece ocorrer com maior probabilidade no contexto de incapacidade intelectual ou de outras perturbações mentais. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, também se pode manifestar na gravidez, quando podem ocorrer desejos alimentares específicos (por exemplo, cal ou gelo). O diagnóstico de pica durante a gravidez apenas é apropriado se esses desejos alimentares conduzirem à ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, ao ponto de a ingestão dessas substâncias colocar potenciais riscos médicos. O curso da perturbação pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (por exemplo, obstrução intestinal, perda de peso aguda, intoxicação). A perturbação pode ser potencialmente fatal dependendo das substâncias que são ingeridas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A negligência, a falta de supervisão parental e o atraso no desenvolvimento podem aumentar o risco de pica.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Nalgumas populações, a ingestão de terra ou de outras substâncias não nutritivas é considerada como tendo valor espiritual, medicinal ou outro valor social, ou pode ser uma prática culturalmente aceite ou uma norma de conduta social. Esse comportamento não justifica o diagnóstico de pica (Critério C).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A pica ocorre tanto no sexo masculino como no feminino. Esta perturbação pode ocorrer em mulheres durante a gravidez; contudo, os dados são muito limitados sobre o curso da pica no período pós-parto.

Marcadores de Diagnóstico

A radiografia de abdómen, a ecografia e outros exames imagiológicos podem revelar obstruções relacionadas com a pica. As análises sanguíneas e outros testes laboratoriais podem ser utilizados para determinar os níveis de intoxicação ou a natureza da infeção.

Consequências Funcionais da Pica

A pica pode provocar défice significativo no funcionamento físico, mas raramente é a causa única de défice no funcionamento social. A pica ocorre com frequência com outras perturbações associadas a défice no funcionamento social.

Diagnóstico Diferencial

A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, pode ocorrer durante o curso de outras perturbações mentais (por exemplo, perturbações do espectro do autismo, esquizofrenia) e na síndrome de Kleine-Levin. Nestes casos, só deve ser feito o diagnóstico adicional de pica se o comportamento de ingestão alimentar for suficientemente persistente e grave para justificar atenção clínica independente.

Anorexia nervosa. A pica pode habitualmente ser distinguida das outras perturbações da alimentação e da ingestão por consumo de substâncias não nutritivas, não alimentares. É importante salientar, contudo, que algumas formas de apresentação da anorexia nervosa incluem a ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, tais como lenços de papel, como forma de tentar controlar o apetite. Nesses casos, quando a ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é usada primariamente como forma de controlo do peso, o diagnóstico primário deve ser de anorexia nervosa.

Perturbação factícia. Alguns indivíduos com perturbação factícia podem ingerir deliberadamente objetos estranhos como parte do padrão de falsificação de sintomas físicos. Nesses casos, há uma componente de engano que é consistente com a indução deliberada de lesão ou doença.

Autolesão não suicida e comportamentos autolesivos não suicidas em perturbações da personalidade. Alguns indivíduos podem engolir objetos potencialmente perigosos (por exemplo, alfinetes, agulhas, facas) no contexto de padrões de comportamento desadaptativos associados a perturbações da personalidade ou a autolesão não suicida.

Comorbilidades

As perturbações mais frequentemente comórbidas com a pica são as perturbações do espectro do autismo e a incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual), e, menos frequentemente, a esquizofrenia e a perturbação obsessivo-compulsiva. A pica pode estar associada com a tricotilomania e a perturbação de escoriação. Em apresentações comórbidas, o cabelo ou a pele são tipicamente ingeridos. A pica pode também estar associada com a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, especialmente em indivíduos com forte componente sensorial na sua apresentação. Quando se sabe que um indivíduo tem pica, a avaliação deve ter em consideração a possibilidade de existência de complicações gastrintestinais, intoxicações, infeções e défices nutricionais.

Mericismo (Perturbação de Ruminação)

Critérios de Diagnóstico 307.53 (F98.21)

A. Regurgitação repetida de alimentos durante um período de pelo menos 1 mês. Os alimentos regurgitados podem ser novamente mastigados, engolidos ou cuspidos.

B. A regurgitação repetida não é atribuível a uma doença gastrintestinal associada ou a outra condição médica (por exemplo, refluxo gastresofágico, estenose pilórica).

C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimina nervosa, perturbação de ingestão alimentar compulsiva ou perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva.

D. Se os sintomas ocorrem no contexto de outra perturbação mental (por exemplo, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual] ou outra perturbação do neurodesenvolvimento), estes são suficientemente graves para merecer atenção clínica independente.

Especificar se:

Em remissão. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para mericismo (perturbação de ruminação), os critérios não estão preenchidos durante um longo período de tempo.

Características de Diagnóstico

A característica essencial do mericismo (perturbação de ruminação) é a regurgitação repetida de alimentos após a alimentação ou ingestão durante um período de pelo menos 1 mês (Critério A). Os alimentos parcialmente digeridos voltam à boca sem aparente náusea, vómito forçado ou repugnância. Os alimentos podem ser então mastigados de novo e ejetados da boca ou deglutidos novamente. A regurgitação no mericismo (perturbação de ruminação) deve ser frequente, ocorrendo pelo menos várias vezes por semana, tipicamente diariamente. O comportamento não é mais bem explicado por uma doença gastrintestinal associada ou outra condição médica (por exemplo, refluxo gastresofágico, estenose pilórica) (Critério B) e não ocorre exclusivamente durante a evolução da anorexia nervosa, bulimina nervosa, perturbação de ingestão alimentar compulsiva ou perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva (Critério C). Se os sintomas ocorrerem no contexto de outra perturbação mental (por exemplo, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual] ou outra perturbação do neurodesenvolvimento), estes devem ser suficientemente graves para merecer atenção clínica independente (Critério D) e devem representar um aspeto principal da apresentação clínica do indivíduo que necessita de intervenção. A perturbação pode ser diagnosticada ao longo da vida, principalmente em indivíduos que também têm incapacidade intelectual. Muitos indivíduos com a perturbação podem ser diretamente observados pelo clínico a realizar o comportamento. Noutras circunstâncias o diagnóstico pode ser realizado com base em informação dada pelo próprio ou em informação corroborativa dada por pais ou cuidadores. Os indivíduos podem descrever o comportamento como habitual ou fora do seu controlo.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As crianças com mericismo (perturbação de ruminação) apresentam uma postura característica estirando e arqueando as costas com a cabeça inclinada para trás, fazendo movimentos de sucção com a língua. Estas dão a impressão de experimentar prazer com a atividade. Podem estar irritáveis ou com fome entre os episódios de regurgitação. A perda de peso e ausência de aumentos ponderais esperados são características comuns nas crianças com mericismo (perturbação de ruminação). Pode ocorrer malnutrição apesar do aparente apetite da criança e da ingestão de quantidades relativamente grandes de alimentos, particularmente nos casos graves, quando a regurgitação ocorre logo após a ingestão e os alimentos regurgitados são expelidos. A malnutrição também pode ocorrer em crianças mais velhas e em adultos, particularmente quando a regurgitação é acompanhada de restrição da ingestão. Os adolescentes e adultos podem tentar disfarçar o comportamento de regurgitação colocando a mão à frente da boca ou tossindo. Alguns evitam comer na companhia de terceiros por ser um comportamento socialmente indesejável. Isso pode estender-se a evitar alimentar-se antes de acontecimentos sociais, tal como o trabalho ou escola (por exemplo, evitar tomar o pequeno-almoço porque pode ser seguido de regurgitação).

Prevalência

Os dados sobre a prevalência do mericismo não são conclusivos, mas a perturbação é muitas vezes referida como sendo mais frequente em certos grupos, como por exemplo em indivíduos com incapacidade intelectual.

Desenvolvimento e Curso

O início do mericismo (perturbação de ruminação) pode ocorrer na primeira infância, na segunda infância, na adolescência ou na idade adulta. A idade de início na infância situa-se em geral entre os 3 e os 12 meses. Na infância, o mericismo (perturbação de ruminação) entra muitas vezes em remissão espontânea, mas o seu curso pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (por exemplo, malnutrição grave). O mericismo (perturbação de ruminação) pode ser potencialmente fatal, particularmente na infância. O mericismo (perturbação de ruminação) pode ter uma evolução episódica ou contínua até ser tratado. Nas crianças, bem como em indivíduos mais velhos com incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou com outras perturbações do neurodesenvolvimento, o comportamento de regurgitação e ruminação parece ter uma função autotranquilizadora ou autoestimuladora, semelhante à de outros comportamentos motores repetitivos como o balançar da cabeça.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Problemas psicossociais como a falta de estimulação, negligência, situações de vida stressantes e problemas na relação pais-filho podem ser fatores predisponentes na primeira e na segunda infância.

Consequências Funcionais do Mericismo (Perturbação de Ruminação)

A malnutrição secundária à regurgitação repetida pode estar associada a atraso no crescimento e ter um efeito negativo no potencial de desenvolvimento e de aprendizagem. Alguns indivíduos mais velhos com mericismo (perturbação de ruminação) restringem deliberadamente a sua ingestão alimentar pela indesejabilidade social da regurgitação. Podem por isso apresentar perda de peso ou baixo peso. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, o funcionamento social é o mais propenso a estar afetado adversamente.

Diagnóstico Diferencial

Condições gastrintestinais. É importante distinguir a regurgitação do mericismo de outras condições caracterizadas por refluxo gastresofágico ou vómitos. Condições tais como gastroparesia, estenose pilórica, hérnia do hiato e síndrome de Sandifer da primeira infância devem ser excluídas pelo exame físico e por testes laboratoriais apropriados.

Anorexia nervosa e bulimia nervosa. Indivíduos com anorexia nervosa e bulimia nervosa podem também utilizar a regurgitação e subsequentemente cuspir os alimentos como modo de eliminar as calorias ingeridas devido a preocupações com o ganho de peso.

Comorbilidades

A regurgitação associada ao mericismo (perturbação de ruminação) pode ocorrer no contexto de uma condição médica coexistente ou de outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de ansiedade generalizada). Quando a regurgitação ocorre nesse contexto,

o diagnóstico de mericismo (perturbação de ruminação) apenas é adequado quando a gravidade da perturbação excede aquela tipicamente associada com essas condições ou perturbações e merece atenção clínica adicional.

Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva

Critérios de Diagnóstico 307.59 (F50.8)

A. Alteração da ingestão ou alimentação (por exemplo, aparente falta de interesse em se alimentar ou na comida; evitamento baseado nas características sensoriais dos alimentos; preocupação sobre consequências aversivas da alimentação) manifestada por incapacidade persistente de atingir as necessidades nutricionais e/ou energéticas associada a 1 (ou mais) dos seguintes:
   1. Perda de peso significativa (ou incapacidade de atingir o ganho de peso esperado ou crescimento alternante nas crianças).
   2. Deficiência nutricional significativa.
   3. Dependência de alimentação entérica ou de suplementos nutricionais orais.
   4. Interferência marcada com o funcionamento psicossocial.

B. A perturbação não é mais bem explicada por falta de alimentos disponíveis ou por uma prática culturalmente aceite associada.

C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimina nervosa, e não há evidência de uma perturbação no modo como o peso ou a forma corporal do indivíduo são experenciados.

D. A perturbação alimentar não é devida a uma condição médica concomitante nem é mais bem explicada por outra perturbação mental. Quando a perturbação alimentar ocorre durante a evolução de outra condição ou perturbação, a gravidade da perturbação alimentar excede aquela habitualmente associada à condição ou perturbação e é suficiente para merecer uma atenção clínica adicional.

Especificar se:

Em remissão. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, os critérios não estão preenchidos durante um longo período de tempo.

Características de Diagnóstico

A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva substitui e alarga o diagnóstico do DSM-IV de perturbação da alimentação da primeira infância ou do início da segunda infância. A principal característica diagnóstica da perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva é o evitamento ou a restrição da ingestão de alimentos (Critério A) manifestada pela incapacidade clinicamente significativa de atingir as necessidades nutricionais ou pela ingestão insuficiente de calorias através da ingestão oral de alimentos. Uma ou mais das seguintes características-chave deve estar presente: perda de peso significativa, deficiência nutricional significativa (ou impacte na saúde), dependência de alimentação entérica ou de suplementos nutricionais orais ou interferência marcada com o funcionamento psicossocial. A determinação de se a perda de peso é significativa (Critério A1) é um juízo clínico; em vez de per-

der peso, as crianças e os adolescentes que ainda não completaram o crescimento podem não manter os aumentos de peso ou altura esperados para a trajetória de desenvolvimento.

A determinação da deficiência nutricional significativa (Critério A2) também é baseada na avaliação clínica (por exemplo, avaliação da ingestão alimentar, exame físico e testes laboratoriais), e o seu impacte na saúde física pode ser de gravidade semelhante à observada na anorexia nervosa (por exemplo, hipotermia, bradicardia, anemia). Em casos graves, particularmente na primeira infância, a desnutrição pode colocar a vida em perigo. A «dependência» de alimentação entérica ou de suplementos nutricionais orais (Critério A3) significa que há necessidade de suplementos alimentares para garantir uma ingestão adequada. Exemplos de indivíduos que necessitam de suplementos alimentares incluem crianças com atraso do desenvolvimento que necessitam de alimentação por sonda nasogástrica, crianças com perturbações do neurodesenvolvimento que dependem de suplementos nutricionais completos e indivíduos que dependem da alimentação por tubo de gastrostomia ou de suplementos nutricionais completos orais na ausência de uma condição médica subjacente. A incapacidade para participar em atividades sociais normais, tais como comer acompanhado, ou para manter os relacionamentos como resultado da perturbação deve indicar marcada interferência com o funcionamento psicossocial (Critério A4).

A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva não inclui o evitamento ou a restrição relacionada com a falta de alimentos disponíveis ou com práticas culturais (por exemplo, jejum religioso ou dieta de emagrecimento normal) (Critério B), nem inclui comportamentos normais do desenvolvimento (por exemplo, alimentação minuciosa em bebés, redução da ingestão em adultos mais velhos). A perturbação não é mais bem explicada por uma preocupação excessiva com o peso ou a forma corporais (Critério C) ou por fatores médicos ou perturbações mentais concomitantes (Critério D).

Nalguns indivíduos, o evitamento ou restrição dos alimentos pode basear-se nas características sensoriais das qualidades da comida, tais como extrema sensibilidade ao aspeto, cor, cheiro, textura, temperatura ou paladar. Esse comportamento tem sido descrito como «alimentação restritiva», «alimentação seletiva», «alimentação exigente», «alimentação perseverante», «recusa alimentar crónica» e «neofobia de alimentos» e pode manifestar-se como recusa em comer determinadas marcas de alimentos ou em tolerar o cheiro de alimentos ingeridos por terceiros. Indivíduos com sensibilidade sensorial aumentada associada ao autismo podem mostrar comportamentos semelhantes.

O evitamento ou restrição de alimentos também pode representar uma resposta condicionada negativa associada à ingestão de alimentos após, ou em antecipação a, uma experiência aversiva, tal como asfixia; uma investigação traumática, em geral envolvendo o aparelho gastrintestinal (por exemplo, esofagoscopia); ou vómitos repetidos. Os termos *disfagia funcional* e *globus hystericus* também têm sido utilizados para essas condições.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Vários aspetos podem estar associados ao evitamento ou à redução da ingestão de alimentos, incluindo a falta de interesse na alimentação ou nos alimentos, levando à perda de peso ou atrasos no crescimento. Crianças na primeira infância muito pequenas podem apresentar-se demasiado sonolentas, angustiadas ou agitadas durante a alimentação. As crianças da primeira e da segunda infância pequenas podem não interagir com os cuidadores durante a alimentação nem comunicarem estar com fome em detrimento de outras atividades. Em crianças da segunda infância mais velhas e em adolescentes, o evitamento ou a restrição

de alimentos podem estar associados com dificuldades emocionais mais generalizadas que não preenchem os critérios de diagnóstico para uma perturbação ansiosa, depressiva ou bipolar, por vezes chamada «perturbação emocional de evitamento de alimentos».

Desenvolvimento e Curso

O evitamento ou a restrição de alimentos associados à ingestão insuficiente ou à falta de interesse na alimentação desenvolvem-se mais frequentemente na primeira infância ou no início da segunda infância e podem persistir na idade adulta. Do mesmo modo, o evitamento baseado nas características sensoriais dos alimentos tende a aparecer na primeira década de vida mas pode persistir na idade adulta. O evitamento relacionado com as consequências aversivas pode surgir em qualquer idade. A escassa literatura relativa aos resultados a longo prazo sugere que o evitamento ou a restrição de alimentos baseados nas características sensoriais são relativamente estáveis e duradouros, mas quando persistem na idade adulta, tal evitamento/restrição pode estar associado com um funcionamento relativamente normal. Atualmente não há evidência suficiente para estabelecer uma associação direta entre a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva e o início subsequente de uma perturbação alimentar.

Crianças com perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva podem ser irritáveis e difíceis de consolar durante a alimentação, ou podem parecer apáticas ou distanciadas. Nalguns casos, a interação pais-filho pode contribuir para exacerbar os problemas alimentares da criança (por exemplo, apresentação dos alimentos de forma inadequada ou responder à recusa dos alimentos como se fosse um ato de agressão ou rejeição). A ingestão nutricional inadequada pode exacerbar as características associadas (por exemplo, irritabilidade, atrasos no desenvolvimento) e contribuir ainda mais para as dificuldades alimentares. Os fatores que na criança podem estar associados com a condição incluem características do temperamento ou défices de desenvolvimento preexistentes que tornam a criança menos reativa à alimentação. A melhoria na alimentação e no peso quando há mudança de cuidadores é sugestiva de coexistência de psicopatologia nos pais, ou abuso infantil ou negligência. Em crianças da primeira e da segunda infância e em adolescentes pré púberes, a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva pode estar associada a atraso no crescimento, e a desnutrição resultante afeta negativamente o potencial de desenvolvimento e aprendizagem. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, o funcionamento social tende a estar afetado negativamente. Independentemente da idade, o funcionamento familiar pode ser afetado, com aumento do stress no horário das refeições e noutros contextos de ingestão alimentar ou de alimentação envolvendo amigos e familiares.

A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva manifesta-se mais frequentemente em crianças do que em adultos e pode haver um atraso entre o início e a apresentação clínica. Os desencadeantes para a apresentação variam consideravelmente e incluem dificuldades físicas, sociais e emocionais.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. As perturbações de ansiedade, perturbações do espectro do autismo, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de hiperatividade/défice de atenção podem aumentar o risco de desenvolver comportamentos alimentares de evitamento ou restritivos característicos desta perturbação.

Ambientais. Os fatores de risco ambientais para desenvolver perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva incluem ansiedade familiar. Taxas mais elevadas de alterações alimentares podem ocorrer em filhos de mães com perturbações da alimentação.

Genéticos e fisiológicos. Uma história de condições gastrintestinais, doença de refluxo gastresofágico, vómitos e uma variedade de outros problemas médicos têm sido associados a comportamentos alimentares e de ingestão alimentar característicos da perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Apresentações semelhantes à da perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva ocorrem em várias populações, incluindo nos EUA, Canadá, Austrália e Europa. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva não deve ser diagnosticada quando o evitamento da ingestão alimentar está apenas relacionado com práticas religiosas ou culturais específicas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva é igualmente comum no sexo masculino e no feminino na primeira infância e no início da segunda infância, mas quando a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva coexiste com perturbações do espectro do autismo verifica-se um predomínio do sexo masculino. O evitamento ou a restrição dos alimentos relacionados com sensibilidades sensoriais alteradas pode ocorrer nalgumas condições fisiológicas, especialmente na gravidez, mas em geral não é extrema e não preenche a totalidade dos critérios de diagnóstico para a perturbação.

Marcadores de Diagnóstico

Os marcadores de diagnóstico incluem a malnutrição, o baixo peso, o atraso no crescimento, e a necessidade de alimentação artificial na ausência de uma condição médica clara para além da ingestão alimentar insuficiente.

Consequências Funcionais da Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva

As limitações funcionais e do desenvolvimento associadas incluem défice no desenvolvimento físico e dificuldades sociais que podem ter um impacte negativo significativo no funcionamento familiar.

Diagnóstico Diferencial

A perda de apetite anterior à restrição da ingestão alimentar é um sintoma não específico que pode acompanhar vários diagnósticos de perturbações mentais. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva pode ser diagnosticada simultaneamente com as perturbações abaixo se os critérios forem preenchidos na totalidade e a perturbação alimentar merecer atenção clínica independente

Outras condições médicas (por exemplo, doença gastrintestinal, alergias e intolerâncias alimentares, neoplasias ocultas). A restrição da ingestão alimentar pode ocorrer noutras condições médicas, sobretudo naquelas com sintomas contínuos tais como vómitos, perda de apetite, naúseas, dor abdominal ou diarreia. Para considerar o diagnóstico de perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva é necessário que a perturbação de ingestão vá para

além da diretamente justificada por sintomas físicos compatíveis com uma condição médica; a perturbação da alimentação pode também persistir após ter sido desencadeada por uma condição médica e após a resolução de uma condição médica.

Condições médicas ou mentais coexistentes subjacentes podem complicar a ingestão alimentar. Dado que idosos, doentes em período pós-operatório e indivíduos a realizar quimioterapia com frequência perdem o apetite, para considerar o diagnóstico adicional de perturbação da alimentação evitante/restritiva é necessário que a perturbação da alimentarção seja o alvo principal da intervenção.

Doenças neurológicas/neuromusculares específicas, estruturais ou congénitas e condições associadas a dificuldades de ingestão alimentar. As dificuldades de ingestão alimentar são frequentes em várias doenças congénitas e neurológicas muitas vezes relacionadas com problemas com a estrutura e função oral/esofágica/faríngea, tais como hipotonia da musculatura, protrusão da língua e deglutição insegura. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva pode ser diagnosticada em indivíduos com essas apresentações desde que os critérios de diagnóstico sejam preenchidos na totalidade.

Perturbação reativa de vinculação. Algum grau de retração é característico da perturbação reativa de vinculação e pode levar a uma alteração na relação cuidador-criança que pode afetar a alimentação e a ingestão alimentar da criança. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva apenas deve ser diagnosticada simultaneamente se os critérios de diagnóstico forem preenchidos na totalidade para ambas as perturbações e a alteração da ingestão alimentar for o alvo principal da intervenção.

Perturbações do espectro do autismo. Indivíduos com perturbações do espectro do autismo apresentam muitas vezes comportamentos alimentares rígidos e sensibilidade sensorial elevada. Contudo, estas características nem sempre resultam no nível de incapacidade que seria necessário para o diagnóstico de perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva apenas deve ser diagnosticada simultaneamente se os critérios de diagnóstico forem preenchidos na totalidade para ambas as perturbações e quando a perturbação alimentar necessitar de tratamento específico.

Fobia específica, perturbação de ansiedade social (fobia social) e outras perturbações de ansiedade. A fobia específica, outro tipo, especifica «situações que podem levar à asfixia ou vómito» e podem representar o desencadeante primário para o medo, a ansiedade ou o evitamento necessários para o diagnóstico. Distinguir a fobia específica da perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva pode ser difícil quando o medo da asfixia ou do vómito tenha levado ao evitamento de alimentos. Embora o evitamento ou a restrição da ingestão alimentar secundários a um medo pronunciado de asfixia ou vómito possa ser conceptualizado como uma fobia específica, nas situações em que os problemas alimentares se tornam o alvo principal da atenção clínica, a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva torna-se o diagnóstico adequado. Na perturbação de ansiedade social, o indivíduo pode apresentar medo que o observem quando come, o que também pode ocorrer na perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva.

Anorexia nervosa. A restrição do consumo de energia relativamente às necessidades levando a um baixo peso corporal significativo é uma característica nuclear da anorexia nervosa. Contudo, indivíduos com anorexia nervosa também mostram medo de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, bem como alte-

rações específicas em relação à perceção e experiência do seu próprio peso e forma corporais. Estas características não estão presentes na perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva e as duas perturbações não devem ser diagnosticadas simultaneamente. O diagnóstico diferencial entre a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva e a anorexia nervosa pode ser difícil, sobretudo no final da infância e início da adolescência, porque estas perturbações podem partilhar vários sintomas comuns (por exemplo, evitamento de alimentos, baixo peso). O diagnóstico diferencial também é potencialmente difícil em indivíduos com anorexia nervosa que negam qualquer medo de engordar mas que mesmo assim realizam comportamentos persistentes que previnem o ganho de peso e que não reconhecem a gravidade médica do seu baixo peso – uma apresentação por vezes denominada «anórexia nervosa não fóbica de gordura». A consideração completa dos sintomas, curso e história familiar é aconselhada, e o diagnóstico pode ser mais bem realizado no contexto da relação clínica ao longo do tempo. Nalguns indivíduos, a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva pode preceder o início da anorexia nervosa.

Perturbação obsessivo-compulsiva. Indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva podem apresentar evitamento ou restrição da ingestão relacionados com preocupações com os alimentos ou comportamento alimentar ritualizado. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva apenas deve ser diagnosticada simultaneamente se os critérios de diagnóstico forem preenchidos na totalidade para ambas as perturbações e quando o comportamento alimentar aberrante é um aspeto importante da apresentação clínica que necessita de intervenção específica.

Perturbação depressiva major. Na perturbação depressiva major, o apetite pode estar afetado de tal modo que o indivíduo apresenta uma redução significativa da ingestão alimentar, em geral em relação ao consumo total de energia e muitas vezes associada a perda de peso. Em regra a perda de apetite e a consequente redução da ingestão diminuem com a resolução dos problemas de humor. A perturbação da alimentação evitante/restritiva apenas deve ser diagnosticada simultaneamente se os critérios de diagnóstico forem preenchidos na totalidade para ambas as perturbações e quando a perturbação alimentar requer tratamento específico.

Perturbações do espectro da esquizofrenia. Indivíduos com esquizofrenia, perturbação delirante ou outras perturbações psicóticas podem apresentar comportamentos alimentares bizarros, evitar alimentos específicos devido a crenças delirantes ou outras manifestações de ingestão alimentar evitante ou restritiva. Nalguns casos, as crenças delirantes podem contribuir para preocupação com as consequências negativas de ingerir determinados alimentos. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva apenas deve ser diagnosticada simultaneamente se os critérios de diagnóstico forem preenchidos na totalidade para ambas as perturbações e quando a perturbação alimentar necessitar de tratamento específico.

Perturbação factícia ou perturbação factícia por procuração. A perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva deve ser diferenciada da perturbação factícia ou da perturbação factícia por procuração. De modo a assumir o papel de doentes, alguns indivíduos com perturbação factícia podem descrever intencionalmente dietas que são muito mais restritivas do que aquelas que eles são de facto capazes de ingerir, bem como complicações desses comportamentos, tais como necessidade de alimentação entérica ou suplementos alimentares, incapacidade para tolerar uma variedade normal de alimentos e/ou incapacidade para participar normalmente em situações adequadas à idade que envolvam comida. A apresentação

pode ser impressionantemente dramática e cativante e os sintomas referidos de forma inconsistente. Na perturbação factícia por procuração, o cuidador descreve sintomas consistentes com a perturbação da alimentação evitante/restritiva e pode induzir sintomas físicos, tais como incapacidade para ganhar peso. Tal como qualquer diagnóstico de perturbação factícia por procuração, o cuidador é quem recebe o diagnóstico em vez do indivíduo afetado e o diagnóstico deve ser realizado apenas com base numa avaliação abrangente e meticulosa do indivíduo afetado, do cuidador e da sua interação.

Comorbilidades

As perturbações mais frequentemente observadas em comorbilidade com a perturbação da alimentação evitante/restritiva são as perturbações de ansiedade, a perturbação obsessivo-compulsiva e as perturbações do neurodesenvolvimento (especialmente as perturbações do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade/défice de atenção e incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual]).

Anorexia Nervosa

Critérios de Diagnóstico

A. Restrição do consumo de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. O *peso significativamente baixo* é definido como um peso corporal abaixo do nível normal mínimo ou, para crianças e adolescentes, abaixo do peso mínimo esperado.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando tem um peso significativamente baixo.

C. Perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para anorexia nervosa é **307.1**, o qual é colocado independentemente do subtipo. O código ICD-10-CM depende do subtipo (ver abaixo).

Especificar se:

(F50.01) Tipo restritivo. Durante os últimos 3 meses, o indivíduo não recorreu a episódios de ingestão alimentar compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes (isto é, provocar o vómito ou mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas). Este subtipo descreve as formas clínicas nas quais a perda de peso se consegue principalmente com dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo.

(F50.02) Tipo ingestão compulsiva/purgativo. Durante os últimos 3 meses, o indivíduo recorreu a episódios de ingestão compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes (isto é, provocar o vómito ou mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas).

Especificar se:

Em remissão parcial. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) já não se encontra presente durante um longo período de tempo, mas ainda está presente o critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso) ou o critério C (alteração na apreciação do próprio peso ou forma corporal).

Em remissão completa. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para anorexia nervosa, nenhum dos critérios se encontra presente durante um longo período de tempo.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade é baseado, para os adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver abaixo) ou, para crianças e adolescentes, no percentil de IMC. Os intervalos abaixo indicados são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para magreza em adultos; para crianças e adolescentes devem ser utilizados os percentis de IMC correspondentes. O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir os sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Ligeira. IMC ≥ 17 kg/m²

Moderada. IMC 16-16,99 kg/m²

Grave. IMC 15-15,99 kg/m²

Extrema. IMC < 15 kg/m²

Subtipos

A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa do tipo ingestão compulsiva/purgativo que têm ingestão compulsiva também usam métodos purgativos como a indução do vómito ou mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos incluídos neste subtipo de anorexia nervosa não comem compulsivamente, mas utilizam métodos purgativos regularmente após a ingestão de pequenas quantidades de comida.

A mudança de subtipo ao longo da evolução da perturbação não é rara; por esse motivo, a descrição dos subtipos deve ser utilizada para descrever os sintomas atuais em vez da evolução longitudinal.

Características de Diagnóstico

Há três características essenciais da anorexia nervosa: restrição persistente do consumo de energia; medo intenso em ganhar peso ou engordar ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso; e uma perturbação da perceção do próprio peso ou forma corporais. O indivíduo mantém um peso corporal abaixo do nível normal mínimo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física (Critério A). O peso corporal do indivíduo muitas vezes preenche este critério após uma perda de peso significativa, mas, entre crianças e adolescentes, pode haver alternativamente incapacidade para cumprir as expectativas de ganhos ponderais ou para manter uma trajetória normal de desenvolvimento (isto é, enquanto o crescimento em altura se faz), em vez da perda de peso.

O critério A requer que o indivíduo tenha um peso significativamente baixo (isto é, abaixo do nível normal mínimo ou, para crianças e adolescentes, abaixo das expectativas do peso mínimo). A avaliação do peso pode ser desafiante porque o intervalo do peso normal difere entre indivíduos, e porque têm sido publicados diferentes limiares para definir o estado de magreza ou baixo peso. O índice de massa corporal (IMC, calculado como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros) é uma medida útil para avaliar o peso corporal para a altura. Para os adultos, o IMC de 18,5 kg/m² tem sido usado pelos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior para o peso corporal normal. Portanto, a maioria dos indivíduos com um IMC igual ou superior a 18,5 kg/m² não

será considerada como tendo peso corporal significativamente baixo. Por outro lado, um IMC inferior a 17,0 kg/m² tem sido considerado pela OMS como indicativo de magreza moderada ou grave; assim, é provável que um indivíduo com IMC inferior a 17,0 kg/m² seja considerado como tendo um peso significativamente baixo. Um adulto com um IMC entre 17,0 e 18,5 kg/m², ou mesmo acima de 18,5 kg/m², poderá ser considerado como tendo um peso significativamente baixo se a história clínica ou outras informações fisiológicas apoiarem essa avaliação.

Para crianças e adolescentes, a determinação do percentil de IMC para a idade é útil (ver, por exemplo, a calculadora de percentil de IMC do CDC para crianças e adolescentes). Tal como para os adultos, não é possível fornecer normas definitivas para decidir se o peso de uma criança ou adolescente é significativamente baixo, e as variações na trajetória de desenvolvimento entre os jovens limitam a utilidade de orientações numéricas simples. O CDC tem utilizado o valor de IMC para a idade abaixo do percentil 5 como sugestivo de peso corporal abaixo do nível normal; contudo, crianças e adolescentes com um IMC acima desta referência podem ser considerados como tendo peso corporal significativamente abaixo do nível normal em função da incapacidade para manterem a sua trajetória de crescimento esperada. Em resumo, na determinação de se o critério A está preenchido, o clínico deve considerar não só as orientações numéricas disponíveis, mas também o desenvolvimento corporal do indivíduo, a história ponderal e qualquer alteração fisiológica.

Tipicamente, os indivíduos com esta perturbação receiam intensamente ganhar peso ou engordar (Critério B). Este medo intenso de engordar em geral não é atenuado pela perda de peso. De facto, as preocupações com o peso chegam a aumentar, mesmo quando o peso continua a diminuir. Os indivíduos mais jovens com anorexia nervosa, bem como alguns adultos, podem não reconhecer ou admitir o medo de ganhar peso. Na ausência de outra explicação para o baixo peso significativo, a inferência clínica tirada da história colateral, dados da observação, exame físico e exames laboratoriais, ou da evolução longitudinal quer indicando medo de ganhar peso quer apoiando comportamentos persistentes que previnem o ganho de peso, pode ser utilizada para estabelecer o critério B.

Nesses indivíduos, a experiência e o significado do peso e forma corporais estão distorcidos (Critério C). Alguns sentem-se globalmente gordos. Outros sabem que estão magros mas mantêm-se preocupados quanto a certas partes do corpo que acreditam estar «demasiado gordas», particularmente o abdómen, nádegas e pernas. Podem empregar uma grande variedade de técnicas para avaliar a forma ou peso corporais, incluindo pesagens repetidas, medição obsessiva de certas partes e exposição persistente ao espelho para verificarem as áreas consideradas como «gordas». A autoestima de pessoas com anorexia nervosa depende muito do seu peso e forma corporais. A perda de peso é vista como um feito impressionante e sinal de uma extraordinária autodisciplina, enquanto o aumento de peso é sentido como um falhanço inaceitável do autocontrolo. Apesar de alguns indivíduos com esta perturbação saberem que estão magros, negam tipicamente as sérias implicações médicas do seu estado de desnutrição.

Com frequência, o indivíduo é levada aos profissionais pelos familiares após acentuada perda de peso (ou incapacidade para atingir os ganhos de peso esperados). Se os indivíduos procuram eles próprios ajuda, fazem-no devido ao mal-estar que decorre das sequelas somáticas e fisiológicas do jejum. É raro alguém com anorexia nervosa queixar-se do emagrecimento por si. De facto, os indivíduos com anorexia nervosa não têm em regra consciência

do problema ou negam-no. É por isso muitas vezes importante obter informação dos familiares ou de outras fontes para avaliar a história da perda de peso e outras características da doença.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O estado de inanição parcial da anorexia nervosa e os comportamentos purgativos por vezes associados podem resultar em condições médicas potencialmente ameaçadoras da vida. O comprometimento nutricional associado a esta perturbação afeta a maioria dos sistemas de órgãos e pode produzir uma variedade de aterações. As alterações fisiológicas, incluindo amenorreia e as alterações dos sinais vitais, são frequentes. Enquanto a maioria das alterações fisiológicas associadas à subnutrição são reversíveis com a reabilitação nutricional, algumas, incluindo a perda da densidade mineral óssea, muitas vezes não são de todo reversíveis. Comportamentos como a indução do vómito e o mau uso de laxantes, diuréticos e enemas podem causar uma série de alterações que levam a achados laboratoriais anormais; contudo, alguns indivíduos com anorexia nervosa não apresentam alterações nas análises laboratoriais.

Quando o peso é gravemente baixo, muitos indivíduos com anorexia nervosa manifestam sintomas depressivos como humor depressivo, isolamento social, irritabilidade, insónia e diminuição do interesse sexual. Uma vez que estas características também são observadas nos indivíduos sem anorexia nervosa que estão significativamente subnutridos, muitas destas características depressivas podem ser secundárias às sequelas fisiológicas da inanição parcial, embora também possam ser suficientemente graves para justificar o diagnóstico adicional de perturbação depressiva major.

São em regra proeminentes as características obsessivo-compulsivas relacionadas ou não com a comida. Muitos indivíduos com anorexia nervosa estão preocupados com pensamentos sobre comida. Algumas colecionam receitas ou acumulam comida às escondidas. A observação de comportamentos associados com outras formas de inanição sugere que as obsessões e as compulsões relacionadas com a comida podem ser exacerbadas pela desnutrição. Pode ser justificado um diagnóstico adicional de perturbação obsessivo-compulsiva (POC) se os indivíduos com anorexia nervosa manifestam obsessões e compulsões que não se relacionam com a comida, a forma corporal ou o peso.

Outras características por vezes associadas com a anorexia nervosa incluem preocupações com o comer em público, sentimentos de incapacidade, necessidade forte de controlar o ambiente em que vivem, pensamento inflexível, espontaneidade social diminuída e uma grande restrição da expressão emocional. Comparados com os indivíduos com anorexia nervosa de tipo restritivo, os de tipo ingestão compulsiva/purgativo têm taxas de impulsividade mais elevadas e maior probabilidade de abusar de álcool ou de outras drogas.

Um subgrupo de indivíduos com anorexia nervosa apresenta níveis excessivos de atividade física. Os aumentos na atividade física precedem muitas vezes o início da perturbação e ao longo do curso desta o aumento da atividade acelera a perda de peso. Durante o tratamento, o excesso de atividade pode ser difícil de controlar, colocando deste modo em risco a recuperação do peso.

Os indivíduos com anorexia nervosa podem fazer uso incorreto dos medicamentos, tal como manipulação da dosagem, de modo a conseguir perder peso ou evitar o ganho de peso. Indivíduos com diabetes *mellitus* podem omitir ou reduzir as doses de insulina na tentativa de reduzir o metabolismo dos hidratos de carbono.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da anorexia nervosa em mulheres jovens é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe sobre a prevalência no sexo masculino, mas a anorexia nervosa é muito menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma relação mulher-homem de 10:1, aproximadamente.

Desenvolvimento e Curso

A anorexia nervosa tem início em regra durante a adolescência ou no jovem adulto. O início desta perturbação raramente ocorre antes da puberdade ou após os 40 anos, mas já foram descritos casos quer de início precoce quer de início tardio. O início desta perturbação está muitas vezes associado a um acontecimento de vida stressante, tal como sair de casa para ir para a faculdade. O curso e o prognóstico da anorexia nervosa são altamente variáveis. Indivíduos mais jovens podem apresentar características atípicas, incluindo a negação do «medo da gordura». Pessoas mais velhas têm maior probabilidade de ter uma duração de doença mais prolongada, e a sua apresentação clínica pode incluir mais sinais e sintomas de perturbação de longa data. Os clínicos não devem excluir a anorexia nervosa do diagnóstico diferencial apenas com base numa idade mais avançada.

Muitos indivíduos têm um período de alteração do comportamento alimentar anterior ao preenchimento dos critérios de diagnóstico. Alguns indivíduos com anorexia nervosa recuperam completamente após um único episódio; outros exibem um padrão flutuante de ganhos ponderais seguidos de recidivas e outros ainda têm uma evolução deteriorante crónica por muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para restabelecer o peso e tratar complicações médicas. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa experiencia remissão nos 5 anos após o início. Entre os indivíduos que são internados, as taxas de remissão podem ser globalmente inferiores. A taxa bruta de mortalidade [*Crude Mortality Rate* (CMR)] para a anorexia nervosa é de cerca de 5% por década. A morte ocorre muitas vezes devido a complicações médicas associadas à perturbação ou por suicídio.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os indivíduos que desenvolvem perturbações de ansiedade ou que apresentam traços obsessivos na infância têm maior risco de desenvolver anorexia nervosa.

Ambientais. A variabilidade histórica e entre culturas na prevalência da anorexia nervosa suporta a sua associação com culturas e ambientes nos quais a magreza é valorizada. Profissões e ocupações que encorajam a magreza, tais como a moda e o desporto de alta competição, também estão associadas a um aumento do risco.

Genéticos e fisiológicos. Há um risco aumentado de anorexia nervosa e de bulimia nervosa entre os familiares biológicos em primeiro grau de indivíduos com a perturbação. Há também um risco aumentado de perturbações depressivas e bipolares entre os familiares biológicos em primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, sobretudo parentes de indivíduos com o tipo ingestão compulsiva/purgativo. Estudos de gémeos revelam uma taxa de concordância mais elevada para anorexia nervosa nos homozigóticos do que nos dizigóticos. Na anorexia nervosa tem sido descrita uma variedade de alterações no cérebro utilizando tecnologias de imagem funcional (ressonância magnética funcional, tomografia de emissão de positrões). Não é claro até que ponto estes achados refletem alterações associadas à malnutrição ou a alterações primárias associadas à perturbação.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A anorexia nervosa ocorre em populações cultural e socialmente diversas, embora os dados disponíveis sugiram uma variação entre culturas na sua ocorrência e apresentação. A anorexia nervosa é talvez mais prevalente nas sociedades industrializadas, como nos EUA, muitos países europeus, Austrália, Nova Zelândia e Japão, mas a incidência desta perturbação na maioria dos países de baixos e médios rendimentos não é conhecida. Embora a prevalência de anorexia nervosa pareça ser comparativamente baixa em latinos, afro-americanos e asiáticos nos EUA, os clínicos devem estar cientes de que a utilização dos serviços de saúde mental por indivíduos com perturbações alimentares é significativamente menor nesses grupos étnicos e que as baixas taxas podem refletir um viés de verificação. A apresentação das preocupações com o peso em indivíduos com perturbações da alimentação e da ingestão alimentar variam substancialmente nos vários contextos culturais. A ausência de expressão de medo intenso de ganhar peso, por vezes referida como «fobia da gordura», parece ser relativamente mais comum em populações na Ásia, onde a justificação para a restrição alimentar é muitas vezes relacionada com queixas mais culturalmente sancionadas tal como desconforto gastrintestinal. Nos EUA, a apresentação sem a expressão de medo intenso de ganhar peso pode ser comparativamente mais comum nos grupos de origem latina.

Marcadores de Diagnóstico

As seguintes alterações nas análises laboratoriais podem ser observadas na anorexia nervosa; a sua presença pode servir para aumentar a confiança no diagnóstico.

Hematologia. É comum encontrar leucopenia, com diminuição de todos os tipos celulares mas em geral com aparente linfocitose. Pode observar-se uma ligeira anemia, bem como trombocitopenia e, raramente, problemas hemorrágicos.

Bioquímica. A desidratação pode ser refletida por um nível aumentado de ureia no sangue. É comum a hipercolesterolemia. Os testes de função hepática podem estar elevados. Encontram-se ocasionalmente hipomagnesiemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. O vómito induzido pode originar alcalose metabólica (aumento do bicarbonato sérico), hipocloremia e hipocaliemia, enquanto o abuso de laxantes pode causar acidose metabólica ligeira.

Endocrinologia. Os níveis de tiroxina (T_4) no soro estão habitualmente no limite inferior do normal; os níveis de triiodotironina (T_3) estão diminuídos, enquanto os níveis de T_3 reversa estão aumentados. As mulheres têm níveis baixos de estrogénios no soro enquanto os homens têm níveis baixos de testosterona no soro.

Eletrocardiografia. A bradicardia sinusal é comum e, raramente, observam-se arritmias. Nalguns indivíduos é observado um prolongamento significativo do intervalo QTc.

Massa óssea. A densidade mineral óssea baixa, com áreas específicas de osteopenia ou osteoporose, é observada muitas vezes. O risco de fraturas é significativamente elevado.

Eletrencefalografia. Alterações difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, podem resultar das alterações hidroelectrolíticas.

Gasto de energia em repouso. Há muitas vezes redução significativa do gasto energético em repouso.

Sinais e sintomas físicos. Muitos dos sintomas e sinais físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à inanição. A amenorreia está com frequência presente e parece ser um indicador de disfunção fisiológica. Se estiver presente, a amenorreia é em regra consequência da perda de peso, mas numa minoria de indivíduos pode antecedê-la. Nas jovens pré-puberes, a menarca pode ser atrasada pela doença. Para além da amenorreia pode haver queixas de obstipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e excesso de energia.

O sinal mais óbvio ao exame físico é o emagrecimento. Muitas vezes há também hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo, uma fina penugem no corpo. Alguns indivíduos desenvolvem edemas periféricos, particularmente quando recuperam o peso ou cessam o abuso de laxantes ou diuréticos. Raramente, petéquias ou equimoses, em geral nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Nalguns indivíduos pode haver amarelecimento da pele por hipercarotinemia. Tal como pode ser observado nos indivíduos com bulimia nervosa, os indivíduos com anorexia nervosa que induzem o vómito podem ter uma hipertrofia das glândulas salivares, particularmente das parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Alguns indivíduos podem apresentar cicatrizes ou calosidades no dorso da mão resultantes do contacto repetido desta com os dentes quando o vómito é induzido.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas referidas de 12 por 100 000 por ano. Uma avaliação abrangente dos indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a avaliação de ideação suicida e comportamentos suicidários bem como outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativas de suicídio.

Consequências Funcionais da Anorexia Nervosa

Indivíduos com anorexia nervosa podem apresentar uma variedade de limitações funcionais associadas à perturbação. Enquanto alguns indivíduos permanecem activos no funcionamento social e profissional, outros apresentam isolamento social significativo e/ou fracasso na realização do potencial académico ou profissional.

Diagnóstico Diferencial

Devem ser pesquisadas outras causas possíveis para o peso significativamente baixo ou emagrecimento significativo no diagnóstico diferencial de anorexia nervosa, em particular quando os sintomas forem atípicos (por exemplo, início após os 40 anos).

Condições médicas (por exemplo, doença gastrintestinal, hipertiroidismo, neoplasias ocultas e síndrome de imunodeficiência adquirida [SIDA]). Pode ocorrer acentuada perda de peso nas condições médicas mas os indivíduos com estas perturbações habitualmente não têm também uma distorção na experiência do seu peso ou forma corporais nem o medo intenso de ganhar peso ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso adequado. A perda de peso aguda associada a condições médicas pode ser ocasionalmente seguida pelo início ou recorrência da anorexia nervosa, que pode de início ser mascarada pela doença médica comórbida. Raramente, a anorexia nervosa desenvolve-se após uma cirurgia bariátrica para a obesidade.

Perturbação depressiva major. Na perturbação depressiva major pode ocorrer uma grave perda de peso, mas a maioria dos indivíduos com perturbação depressiva major não tem o desejo de perder peso excessivamente ou medo intenso de o ganhar.

Esquizofrenia. Os indivíduos com esquizofrenia podem ter comportamentos alimentares bizarros e ocasionalmente apresentam perda de peso significativa mas é raro mostrarem o medo de ganhar peso ou a distorção da imagem corporal exigidos para o diagnóstico de anorexia nervosa.

Perturbações do uso de substâncias. Os indivíduos com perturbações do uso de substâncias podem ter baixo peso devido a uma má ingestão nutricional mas em geral não têm medo de ganhar peso nem apresentam distorção da imagem corporal. Os indivíduos que apresentam abuso de substâncias que reduzem o apetite (por exemplo, cocaína, estimulantes) e que também mostram medo de ganhar peso devem ser cuidadosamente avaliados para a possibilidade de comorbilidade com anorexia nervosa, uma vez que o abuso da substância pode representar um comportamento persistente que interfere com o ganho de peso (Critério B).

Perturbação de ansiedade social (fobia específica), perturbação obsessivo-compulsiva, e perturbação dismórfica corporal. Algumas características da anorexia nervosa fazem parte dos critérios de diagnóstico de fobia social, POC e perturbação dismórfica corporal. Especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou envergonhados por comer em público como na fobia social; podem mostrar obsessões e compulsões associadas à comida, como na perturbação obsessivo-compulsiva; ou podem estar preocupados com um defeito imaginário na aparência corporal, como na perturbação dismórfica corporal. Se o indivíduo com anorexia nervosa tem medos sociais, limitados apenas ao comportamento alimentar, o diagnóstico de fobia social não deve ser feito, mas medos não relacionados com o comportamento alimentar (como medo excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de fobia social. Da mesma forma, deve ser considerado um diagnóstico adicional de POC apenas quando o indivíduo apresenta obsessões e compulsões não relacionadas com a comida (por exemplo, medo excessivo de contaminação) e o diagnóstico adicional de perturbação dismórfica corporal só deve ser considerado se a distorção não for relacionada com o tamanho e forma do corpo (por exemplo, preocupação com o facto de o nariz ser muito grande).

Bulimia nervosa. Os indivíduos com bulimia nervosa têm episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva e utilizam comportamentos inapropriados para evitar o ganho de peso (por exemplo, indução do vómito) e estão excessivamente preocupados com o peso e forma corporal. Contudo, ao contrário dos indivíduos com anorexia nervosa tipo ingestão compulsiva/purgativo, os indivíduos com bulimia nervosa são capazes de manter o seu peso num valor normal, ou pouco acima dele.Perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva. Os indivíduos com esta perturbação podem apresentar uma perda de peso significativa ou uma deficiência nutricional significativa, mas não têm medo de ganhar peso ou de engordar nem têm uma distorção da imagem corporal no modo como experienciam a sua forma e peso corporais.

Comorbilidades

As perturbações bipolares, depressivas e de ansiedade coocorrem com frequência com a anorexia nervosa. Muitos indivíduos com anorexia nervosa referem a presença de uma perturbação de ansiedade ou sintomas anteriores ao início da perturbação da alimentação. A POC é descrita nalguns indivíduos com anorexia nervosa, sobretudo nos de tipo restritivo. As perturbações do uso de álcool e as perturbações do uso de outras substâncias podem também ser comórbidas com a anorexia nervosa, especialmente nos indivíduos do tipo ingestão compulsiva/purgativo.

Bulimia Nervosa

Critérios de Diagnóstico 307.51 (F50.2)

A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos 2 critérios seguintes:
   1. Comer, num período curto de tempo (por exemplo, um período de até 2 horas), uma quantidade de alimentos que é sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias.
   2. Sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio (por exemplo, sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).

B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como indução de vómito; mau uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo.

C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 1 vez por semana durante um período de 3 meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para bulimia nervosa, alguns critérios, mas não a totalidade destes, encontram-se presentes durante um longo período de tempo.

Em remissão completa. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para bulimia nervosa, nenhum dos critérios se encontra presente durante um longo período de tempo.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade é baseado na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver abaixo). O nível de gravidade pode ser aumentado de modo a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Ligeira. Em média, 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Moderada. Em média, 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Grave. Em média, 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Extrema. Em média, 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Características de Diagnóstico

Há três características essenciais da bulimia nervosa: episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (Critério A), comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal (Critério B) e autoavaliação que é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais (Critério D). Para a qualificação diagnóstica, os comportamentos de ingestão compulsiva e os de compensação inapropriada devem ocorrer, em média, pelo menos 1 vez por semana durante um período de 3 meses (Critério C).

Um «episódio de ingestão alimentar compulsiva» é definido pela ingestão num período curto de tempo de uma quantidade de alimentos que é sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias (Critério A1). O clínico deve considerar o contexto no qual a ingestão ocorre para determinar se a ingestão é excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimentos que seria considerada excessiva numa refeição típica pode ser normal numa refeição festiva. Um «curto período de tempo» refere-se a um período limitado, em regra inferior a 2 horas. Um episódio de ingestão alimentar compulsiva não tem de ser limitado a um único local. Por exemplo, uma pessoa pode começar a ingestão num restaurante e continuar após o regresso a casa. O petiscar contínuo de pequenas quantidades de comida ao longo do dia não deve ser considerado uma ingestão alimentar compulsiva.

Um episódio de ingestão excessiva de alimentos deve ser também acompanhado por um sentimento de perda de controlo (Critério A2) para ser considerado um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Um indicador de perda de controlo é a incapacidade de resistir ou de parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou após, os episódios de ingestão compulsiva. O défice do controlo associado aos episódios de ingestão alimentar compulsiva na bulimia nervosa não é absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer enquanto o telefone está a tocar, mas cessará se uma empregada ou o cônjuge entrar inesperadamente no quarto. Após a persistência por algum tempo de bulimia nervosa, os indivíduos podem relatar que os seus episódios de ingestão compulsiva já não são caracterizados por sensação aguda de perda de controlo, mas sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada. Se os indivíduos referirem que deixaram de se esforçar para controlar as suas ingestões, a perda de controlo deve considerar-se como presente. Nalguns casos, a ingestão alimentar compulsiva também pode ser planeada.

O tipo de alimentos consumido durante as ingestões alimentares compulsivas varia entre indivíduos e para o mesmo indivíduo. A ingestão alimentar compulsiva parece caracterizar-se mais pela quantidade anormal de comida consumida do que pelo desejo intenso de um nutriente específico. Contudo, durante as ingestões compulsivas, os indivíduos tendem a consumir alimentos que de outra forma tenderiam a evitar.

Os indivíduos com bulimia nervosa sentem-se tipicamente envergonhados pelos seus problemas alimentares e tentam ocultar os seus sintomas. A ingestão alimentar compulsiva ocorre habitualmente em segredo ou, tanto quanto possível sem dar nas vistas. A ingestão alimentar compulsiva habitualmente continua até a pessoa sentir desconforto ou até mesmo sentir-se dolorosamente cheia. A afetividade negativa é o antecedente mais comum de uma ingestão alimentar compulsiva. Outros precipitantes incluem acontecimentos interpessoais stressantes; restrição alimentar; sentimentos negativos associados com o peso corporal, forma corporal e comida; e o tédio. O episódio de ingestão pode a curto prazo minimizar ou mitigar os fatores que precipitaram o episódio, mas a autoavaliação negativa e a disforia costumam ser consequências mais tardias.

Outra característica essencial da bulimia nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, referidos coletivamente como *comportamentos purgativos* ou *purgas* (Critério B). Muitos indivíduos com bulimia nervosa empregam vários métodos na tentativa de compensarem a ingestão compulsiva. O vómito é o comportamento compensatório inapropriado mais frequente. Os efeitos imediatos do vómito incluem alívio do desconforto físico e diminuição do medo de engordar. Nalguns casos, o vómito torna-se um objetivo em si mesmo e o indivíduo ingere compulsivamente alimentos

para vomitar ou vomita mesmo após uma pequena ingestão. Os indivíduos com bulimia nervosa podem utilizar uma variedade de métodos para induzirem o vómito, incluindo os dedos ou outros instrumentos para estimularem esse reflexo. Os indivíduos em geral tornam-se adeptos da indução do vómito e até conseguem vomitar quando querem. Raramente é necessária a ingestão de xarope de ipecacuanha. Outros comportamentos purgativos incluem o mau uso de diuréticos e laxantes. Uma série de outros métodos compensatórios pode ser também utilizada em casos raros. Os indivíduos com bulimia nervosa podem usar indevidamente enemas após episódios de ingestão alimentar compulsiva, mas este só raramente é o único método empregue. Os indivíduos com esta perturbação podem tomar hormonas tiroideias para evitar os ganhos de peso. Indivíduos com diabetes *mellitus* e bulimia nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina na tentativa de reduzir o metabolismo dos alimentos ingeridos nos episódios de ingestão compulsiva. Os indivíduos com bulimia nervosa podem jejuar por um dia ou mais ou fazerem exercício físico excessivo na tentativa de prevenirem o ganho de peso. O exercício pode ser considerado excessivo quando interfere significativamente com atividades importantes, quando ocorre em alturas ou contextos inapropriados ou quando a pessoa continua o exercício apesar da eventualidade de doenças ou complicações médicas.

Indivíduos com bulimia nervosa colocam ênfase excessiva na forma e peso corporais na sua autoavaliação e estes fatores são tipicamente os mais importantes na determinação da autoestima (Critério D). Os indivíduos com esta perturbação podem assemelhar-se muito às pessoas com anorexia nervosa quanto ao medo de engordar, ao desejo de perder peso e ao nível de insatisfação com o corpo. Contudo, não deve ser feito um diagnóstico de bulimina nervosa quando a perturbação ocorrer somente durante os episódios de anorexia nervosa (Critério E).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com bulimia nervosa têm tipicamente um peso normal ou ligeiramente acima do padrão normal (índice de massa corporal [IMC] ≥ 18,5 e < 30 em adultos). A perturbação pode ocorrer, embora raramente, em indivíduos obesos. Entre os episódios de ingestão alimentar compulsiva, os indivíduos com bulimia nervosa habitualmente restringem o consumo calórico e selecionam de preferência alimentos de baixo teor calórico («dietéticos») enquanto evitam aqueles que consideram que fazem engordar ou desencadear um episódio.

Ocorrem com frequência irregularidades menstruais ou amenorreia entre as mulheres com bulimia nervosa; é incerto que estas alterações estejam associadas com flutuações de peso, deficiências nutritivas ou stress emocional. As alterações hidrelectrolíticas resultantes do comportamento purgativo são muitas vezes graves o suficiente para constituir problemas médicos sérios. Complicações raras mas potencialmente fatais incluem varizes esofágicas, rutura gástrica e arritmias cardíacas. Há relatos de miopatias cardíacas e musculares graves entre indivíduos que utilizam repetidamente xarope de ipecacuanha para induzir o vómito. Os indivíduos que de forma crónica abusam de laxantes podem ficar dependentes do seu uso para estimularem a evacuação. Os sintomas gastrintestinais são muitas vezes associados a bulimia nervosa, e o prolapso retal também tem sido observado em indivíduos com esta perturbação.

Prevalência

A prevalência a 12 meses de bulimia nervosa em mulheres jovens é 1%-1,5%. A prevalência pontual é mais elevada em adultos jovens, uma vez que a perturbação apresenta um pico no final da adolescência e início da idade adulta. Pouco se sabe sobre a prevalência pontual da

bulimia nervosa no sexo masculino, mas ela é muito menos comum em homens do que em mulheres com uma relação mulher-homem de cerca de 10:1.

Desenvolvimento e Curso

A bulimia nervosa habitualmente começa no fim da adolescência ou início da idade adulta. O início anterior à puberdade ou após os 40 anos de idade é raro. Os episódios de ingestão compulsiva começam em regra durante ou após uma dieta de emagrecimento. A vivência de múltiplos episódios de vida stressantes também pode precipitar o início da bulimia nervosa.

O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos numa alta percentagem de amostras clínicas. O curso pode ser crónico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de ingestão alimentar compulsiva. Contudo, durante o seguimento a longo prazo, os sintomas de muitos indivíduos parecem diminuir com ou sem tratamento, embora o tratamento claramente afete o resultado. Os períodos de remissão superiores a 1 ano estão associados a um melhor prognóstico a longo prazo.

Tem sido descrito um risco de mortalidade significativamente elevado (todas as causas e suicídio) em indivíduos com bulimia nervosa. A taxa bruta de mortalidade (CMR, *Crude Mortality Rate*) para a bulimia nervosa é de aproximadamente 2% por década.

A mudança posterior de um diagnóstico inicial de bulimia nervosa para anorexia nervosa ocorre numa minoria de casos (10%-15%). Os indivíduos que mudam de diagnóstico para anorexia nervosa irão muitas vezes voltar ao diagnóstico de bulimia nervosa ou ter múltiplos casos de mudanças de diagnóstico entre estas duas perturbações. Um subconjunto de indivíduos com bulimia nervosa continua a ter episódios de ingestão alimentar compulsiva mas já não realiza comportamentos compensatórios inapropriados, e por isso os seus sintomas preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação de ingestão alimentar compulsiva ou para uma perturbação do comportamento com outra especificação. O diagnóstico deve ser baseado na apresentação clínica atual (isto é, nos últimos 3 meses).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, perturbação de ansiedade social e perturbação de excesso de ansiedade na infância estão associados a um aumento do risco para desenvolver bulimia nervosa.

Ambientais. Sabe-se que a internalização de um ideal de corpo magro aumenta o risco para desenvolver preocupações com o peso, o que por sua vez aumenta o risco para desenvolver bulimia nervosa. Indivíduos vítimas de abuso sexual ou físico na infância têm maior risco para desenvolver bulimia nervosa.

Genéticos e fisiológicos. A obesidade infantil e a maturação pubertária precoce aumentam o risco para bulimia nervosa. Pode estar presente transmissão familiar de bulimia nervosa bem como de vulnerabilidades genéticas para a perturbação.

Modificadores de evolução. A gravidade da comorbilidade psiquiátrica está associada a pior prognóstico a longo prazo da bulimia nervosa.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A bulimia nervosa tem sido descrita com frequência grosseiramente semelhante na maioria dos países industrializados, incluindo os EUA, Canadá, muitos países europeus, Austrália,

Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Nos estudos clínicos de bulimia nervosa nos EUA, os indivíduos com esta perturbação são principalmente brancos. Contudo, a perturbação também ocorre noutros grupos étnicos e com prevalência comparável às prevalências estimadas observadas em amostras de indivíduos de raça branca.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A bulimia nervosa é de longe mais comum no sexo feminino do que no masculino. Os homens estão especialmente sub-representados nas amostras que procuram tratamento, por motivos que ainda não foram sistematicamente avaliados.

Marcadores de Diagnóstico

Atualmente não há nenhum teste diagnóstico específico para a bulimia nervosa. Contudo, podem ocorrer várias alterações nas análises laboratoriais como consequência dos comportamentos purgativos e aumentar a certeza do diagnóstico. Estas incluem alterações hidrelectrolíticas, tais como hipocaliemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de suco gástrico com o vómito pode produzir alcalose metabólica (elevação de bicarbonato sérico) e a frequente indução de diarreia ou desidratação com o abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com bulimia nervosa mostram elevação ligeira dos níveis séricos de amílase, provavelmente refletindo um aumento da isoenzima salivar.

Em regra o exame físico não fornece qualquer sinal físico. Contudo, a observação da boca pode revelar perda significativa e permanente do esmalte dentário, sobretudo das superfícies linguais dos dentes frontais devido ao vómito recorrente. Estes dentes podem ficar lascados e apresentar irregularidades como que «roídos pelas traças». Pode também haver um aumento da frequência de cáries dentárias. Nalguns indivíduos, as glândulas salivares, particularmente as parótidas, podem ficar notavelmente aumentadas. Os indivíduos que induzem o vómito por estimulação desse reflexo com os dedos podem desenvolver calosidades ou cicatrizes na superfície dorsal da mão pelo trauma repetido do contacto com os dentes. Há relatos de miopatias cardíacas e musculares graves entre os indivíduos que utilizam repetidamente xarope de ipecacuanha para induzir o vómito.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio é elevado na bulimia nervosa. A avaliação global dos indivíduos com bulimia nervosa deve incluir a avaliação de ideação suicida e comportamentos suicidários, bem como outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativas de suicídio.

Consequências Funcionais da Bulimia Nervosa

Os indivíduos com bulimia nervosa podem apresentar uma variedade de limitações funcionais associadas com a perturbação. Uma minoria refere um comprometimento grave no funcionamento, sendo o domínio social o mais propenso a estar afetado negativamente pela bulimia nervosa.

Diagnóstico Diferencial

Anorexia nervosa, tipo ingestão compulsiva/purgativo. Os indivíduos cujos comportamentos de ingestão compulsiva ocorrem somente durante episódios de anorexia nervosa têm o

diagnóstico de anorexia nervosa, tipo ingestão compulsiva/purgativo e não devem receber o diagnóstico adicional de bulimia nervosa. Para um indivíduo com o diagnóstico inicial de anorexia nervosa que tem ingestões compulsivas e comportamentos purgativos, mas cuja apresentação já não preenche os critérios de anorexia nervosa, tipo ingestão compulsiva/purgativo (por exemplo, quando o peso é normal), o diagnóstico de bulimia nervosa deve ser dado apenas quando os critérios de bulimia nervosa estiverem completamente preenchidos durante pelo menos 3 meses.

Perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Alguns indivíduos têm ingestões compulsivas mas não usam comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes. Nesses casos, deve ser considerado o diagnóstico de perturbação de ingestão alimentar compulsiva.

Síndrome de Kleine-Levin. Em certas condições médicas gerais ou neurológicas, como a síndrome de Kleine-Levin, há uma perturbação do comportamento alimentar mas os sintomas psicológicos característicos da bulimia nervosa, como preocupação excessiva com o corpo e o peso, estão ausentes.

Perturbação depressiva major, com características atípicas. A hiperfagia é comum na perturbação depressiva major, com características atípicas, mas estes indivíduos não têm um comportamento compensatório inapropriado e não têm também a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal característicos da bulimia nervosa. Se forem preenchidos os critérios para ambas as perturbações, então os dois diagnósticos devem ser dados.

Perturbação estado-limite da personalidade. A ingestão alimentar compulsiva está incluída nos critérios de comportamento impulsivo que fazem parte da definição da perturbação estado-limite da personalidade. Se os critérios para a perturbação estado-limite da personalidade e para bulimia nervosa estiverem presentes, então os dois diagnósticos devem ser feitos.

Comorbilidades

A comorbilidade com perturbações mentais é frequente nos indivíduos com bulimia nervosa, tendo a maioria pelo menos uma outra perturbação mental coexistente e com um grande número de indivíduos a apresentar múltiplas comorbilidades. A comorbilidade não está limitada a nenhum subconjunto particular de perturbações mentais, ocorrendo numa grande variedade de perturbações. Há frequência aumentada de sintomas depressivos (por exemplo, baixa autoestima) e de perturbações bipolares e depressivas (sobretudo perturbações depressivas) em pessoas com bulimia nervosa. Em muitos indivíduos, a alteração do humor começa ao mesmo tempo que, ou após, o desenvolvimento da bulimia nervosa, e o indivíduo atribui muitas vezes as alterações de humor à bulimia nervosa. Contudo, nalguns indivíduos, as alterações do humor precedem claramente o desenvolvimento da bulimia nervosa. Pode haver também aumento da frequência de sintomas de ansiedade (por exemplo, medo de situações sociais) ou perturbações de ansiedade. Estas alterações do humor e da ansiedade frequentemente remitem após um tratamento eficaz da bulimia nervosa. A prevalência de uso de substâncias ao longo da vida, sobretudo uso de álcool ou estimulantes, é de pelo menos 30% em indivíduos com bulimia nervosa. A utilização de estimulantes começa muitas vezes como uma tentativa de controlar o apetite e o peso. Uma percentagem substancial de indivíduos com bulimia nervosa tem também características da personalidade que preenchem os critérios para uma ou mais perturbações da personalidade, mais frequentemente perturbação estado-limite da personalidade.

Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

Critérios de Diagnóstico **307.51 (F50.8)**

A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos 2 critérios seguintes:
   1. Comer, num período curto de tempo (por exemplo, um período até 2 horas), uma quantidade de alimentos que é sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias.
   2. Sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio (por exemplo, sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).

B. Os episódios de ingestão alimentar compulsiva associam-se a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. Ingestão muito mais rápida que o habitual.
   2. Comer até se sentir desagradavelmente cheio.
   3. Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome.
   4. Comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade.
   5. Sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.

C. Mal-estar marcado ao recordar as ingestões alimentares compulsivas

D. As ingestões alimentares compulsivas têm lugar, em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses.

E. A ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante a evolução de bulimia nervosa ou de anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para perturbação de ingestão compulsiva, as ingestões compulsivas ocorrem com uma frequência média de menos de 1 episódio por semana durante um longo período de tempo.

Em remissão completa. Após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico para perturbação de ingestão compulsiva, nenhum dos critérios se encontra presente durante um longo período de tempo.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade é baseado na frequência dos episódios de ingestão compulsiva (ver abaixo). O nível de gravidade pode ser aumentado de modo a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Ligeira. 1 a 3 episódios de ingestão compulsiva por semana.

Moderada. 4 a 7 episódios de ingestão compulsiva por semana.

Grave. 8 a 13 episódios de ingestão compulsiva por semana.

Extrema. 14 ou mais episódios de ingestão compulsiva por semana.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de ingestão compulsiva é a ocorrência de episódios recorrentes de ingestão compulsiva que devem ocorrer, em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses (Critério D). Um «episódio de ingestão alimentar compulsiva» é definido pela ingestão num período curto de tempo de uma quantidade de alimentos que é

sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias (Critério A1). O clínico deve considerar o contexto no qual a ingestão ocorre para determinar se a ingestão é excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimentos que seria considerada excessiva numa refeição típica pode ser normal numa refeição festiva. Um «curto período de tempo» refere-se a um período limitado, em regra inferior a 2 horas. Um episódio de ingestão alimentar compulsiva não tem de ser limitado a um único local. Por exemplo, uma pessoa pode começar a ingestão num restaurante e continuar após o regresso a casa. O petiscar contínuo de pequenas quantidades de comida ao longo do dia não deve ser considerado uma ingestão alimentar compulsiva.

Um episódio de consumo excessivo de alimentos deve ser também acompanhado por um sentimento de perda de controlo (Critério A2) para ser considerado um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Um indicador de perda de controlo é a incapacidade de resistir ou parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou após, os episódios de ingestão compulsiva. O défice no controlo associado aos episódios de ingestão alimentar compulsiva na bulimia nervosa não é absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer enquanto o telefone está a tocar, mas cessará se uma empregada ou o cônjuge entrar inesperadamente no quarto. Após a persistência por algum tempo de ingestão alimentar compulsiva, alguns indivíduos podem relatar que os seus episódios de ingestão compulsiva já não são caracterizados por sensação aguda de perda de controlo, mas mais por um padrão generalizado de ingestão descontrolada. Se os indivíduos referirem que deixaram de se esforçar para controlar as suas ingestões, a perda de controlo pode ser considerada como presente. Nalguns casos a ingestão alimentar compulsiva também pode ser planeada.

O tipo de alimentos consumidos durante as ingestões compulsivas varia entre indivíduos e para o mesmo indivíduo. A ingestão compulsiva parece caracterizar-se mais pela quantidade anormal de comida consumida do que pelo desejo intenso de um nutriente específico.

Os episódios de ingestão alimentar compulsiva são caracterizados por mal-estar marcado (Critério C) e por pelo menos 3 dos seguintes sintomas: ingestão muito mais rápida que o habitual; comer até se sentir desagradavelmente cheio; ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade; sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva (Critério B).

Os indivíduos com perturbação de ingestão alimentar compulsiva sentem-se tipicamente envergonhadas pelos seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. A ingestão alimentar compulsiva ocorre habitualmente em segredo, ou tanto quanto possível sem dar nas vistas. A afetividade negativa é o antecedente mais frequente de um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Outros precipitantes incluem: acontecimentos interpessoais sressantes; restrição alimentar; sentimentos associados ao peso corporal, forma do corpo e comida; e o tédio. O episódio de ingestão pode a curto prazo minimizar ou mitigar os fatores que precipitaram o episódio, mas a autoavaliação negativa e a disforia costumam ser consequências tardias.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva ocorre em indivíduos com peso normal/ /excesso de peso e obesos. Esta perturbação encontra-se fiavelmente associada ao excesso de peso e à obesidade nos indivíduos que procuram tratamento. Apesar disso, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva é distinta da obesidade. A maioria dos indivíduos com obesi-

dade não faz ingestões compulsivas recorrentes. Adicionalmente, quando comparados com indivíduos obesos com peso equivalente sem perturbação de ingestão alimentar compulsiva, aqueles com a perturbação consomem mais calorias nos estudos laboratoriais de comportamento alimentar e têm mais défices funcionais, menor qualidade de vida, mais mal-estar subjetivo e maior comorbilidade psiquiátrica.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação de ingestão alimentar compulsiva em adultos do sexo feminino e masculino dos EUA (idade igual ou superior a 18 anos) é de 1,6% e de 0,8%, respetivamente. O rácio entre géneros está muito menos enviesado na perturbação de ingestão compulsiva do que na bulimia nervosa. A perturbação de ingestão alimentar compulsiva é tão prevalente nas mulheres de grupos minoritários raciais ou étnicos como em mulheres de raça branca. A perturbação é mais prevalente entre indivíduos que procuram tratamentos de emagrecimento do que na população geral.

Desenvolvimento e Curso

Pouco se sabe sobre a evolução da perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Tanto a ingestão alimentar compulsiva como a ingestão com perda de controlo sem uma ingestão objetivamente excessiva ocorrem em crianças e estão associadas a um aumento na gordura corporal, aumento de peso e aumento dos sintomas psicológicos. A ingestão alimentar compulsiva é comum nas amostras com adolescentes e universitários. Nalguns indivíduos, a ingestão com perda de controlo ou a ingestão compulsiva episódica podem representar uma fase prodrómica de perturbações alimentares.

A realização de dietas surge após o desenvolvimento da ingestão alimentar compulsiva em muitos indivíduos com perturbação de ingestão alimentar compulsiva. (Em contraste com a bulimia nervosa, na qual o fazer dieta de modo disfuncional em geral precede o início da ingestão compulsiva.) A idade de início da perturbação de ingestão alimentar compulsiva situa-se tipicamente na adolescência ou no início da idade adulta, mas também pode ter início em adultos mais velhos. Indivíduos com perturbação de ingestão alimentar compulsiva que procuram tratamento em geral são mais velhos do que os indivíduos que procuram tratamento com bulimia nervosa ou com anorexia nervosa.

As taxas de remissão, tanto em estudos de história natural da doença como em estudos de resultados do tratamento, são mais elevadas para a perturbação de ingestão compulsiva do que para a bulimia nervosa ou a anorexia nervosa. A perturbação de ingestão alimentar compulsiva parece ser relativamente persistente, e o seu curso é comparável ao da bulimia nervosa em termos de gravidade e duração. A transição de perturbação de ingestão alimentar compulsiva para outra perturbação de alimentação ou ingestão é rara.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perturbação de ingestão alimentar compulsiva parece ocorrer em famílias, o que pode refletir influências genéticas adicionais.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva tem sido descrita com frequência grosseiramente semelhante na maioria dos países industrializados, incluindo os EUA, Canadá,

muitos países europeus, Austrália e Nova Zelândia. Nos EUA, a prevalência da perturbação de ingestão alimentar compulsiva parece ser comparável entre pessoas de raça branca não latinos, latinos, asiáticos e afro-americanos.

Consequências Funcionais da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva está associada a uma variedade de consequências funcionais, incluindo problemas de adaptação a papéis sociais, défices na qualidade de vida e da satisfação com a vida por motivos de saúde, aumento da morbilidade e da mortalidade médicas, e o aumento associado da utilização dos serviços de saúde quando comparado com indivíduos de controlo com índice de massa corporal (IMC) correspondente. Esta pode também estar associada com um aumento do risco para o ganho de peso e o desenvolvimento de obesidade.

Diagnóstico Diferencial

Bulimia nervosa. A perturbação de ingestão alimentar compulsiva tem episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva tal como acontece na bulimina nervosa, mas difere desta nalguns aspetos fundamentais. Em termos de apresentação clínica, os comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes (por exemplo, purgas, exercício físico planeado) observados na bulimia nervosa estão ausentes na perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Ao contrário dos indivíduos com bulimia nervosa, os indivíduos com perturbação de ingestão alimentar compulsiva tipicamente não apresentam restrição alimentar marcada ou mantida para influenciar o peso e forma corporais entre os episódios de ingestão alimentar compulsiva. Estes indivíduos podem, contudo, referir tentativas frequentes de fazer dieta. A perturbação de ingestão alimentar compulsiva também difere da bulimia nervosa em termos da resposta ao tratamento. As taxas de melhoria são consistentemente mais elevadas entre pessoas com perturbação de ingestão alimentar compulsiva do que naquelas com bulimia nervosa.

Obesidade. A perturbação de ingestão alimentar compulsiva está associada ao excesso de peso e obesidade, mas tem várias características-chave que são distintas da obesidade. Primeiro, os níveis de sobrevalorização do peso e forma corporal são mais elevados em indivíduos obesos com a perturbação de ingestão alimentar compulsiva do que naqueles sem essa perturbação. Segundo, as taxas de comorbilidade psiquiátrica são significativamente mais elevadas em indivíduos obesos com a perturbação de ingestão alimentar compulsiva do que naqueles sem a perturbação. Terceiro, o êxito a longo prazo dos tratamentos psicológicos baseados na evidência em indivíduos com perturbação de ingestão alimentar compulsiva pode ser contrastado com a ausência de tratamentos eficazes a longo prazo para a obesidade.

Perturbações bipolares e depressivas. O aumento do apetite e o ganho de peso estão incluídos nos critérios para episódio depressivo major e nos especificadores de características atípicas para as perturbações depressivas e bipolares. O aumento da ingestão no contexto de um episódio depressivo major pode ou não estar associado a uma perda de controlo. Se os critérios de diagnóstico completos para ambas as perturbações estiverem presentes, os dois diagnósticos podem ser feitos. A ingestão alimentar compulsiva e outros sintomas de perturbação de alimentação e de ingestão encontram-se associados à doença bipolar. Se os critérios de diagnóstico para ambas as perturbações estiverem presentes, os dois diagnósticos devem ser feitos.

Perturbação estado-limite da personalidade. A ingestão alimentar compulsiva está incluída nos critérios de comportamento impulsivo que fazem parte da definição da perturbação estado-limite da personalidade. Se os critérios para a perturbação estado-limite da personalidade e para a perturbação de ingestão alimentar compulsiva estiverem presentes, então os dois diagnósticos devem ser feitos.

Comorbilidades

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva está associada a comorbilidade psiquiátrica significativa, comparável à da bulimia nervosa e da anorexia nervosa. As comorbilidades mais frequentes são as perturbações bipolares, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e, em menor grau, perturbações de uso de substâncias. A comorbilidade psiquiátrica está associada à gravidade da ingestão compulsiva e não ao grau de obesidade.

Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação

307.59 (F50.8)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação da alimentação e da ingestão que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem completamente os critérios de diagnóstico para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações da alimentação e da ingestão. A categoria perturbação da alimentação e da ingestão com outra especificação é utilizada nas situações em que o clínico decide comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação da alimentação e da ingestão específica. Isto é feito pelo registo de «perturbação da alimentação e da ingestão com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «bulimia nervosa de baixa frequência»).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas utilizando a designação de «com outra especificação» incluem as seguintes:

1. **Anorexia nervosa atípica.** Todos os critérios para anorexia nervosa estão presentes exceto que, apesar de a perda de peso ser significativa, o peso do indivíduo está dentro dos limites do normal ou acima destes.
2. **Bulimia nervosa (de baixa frequência e/ou duração limitada).** Todos os critérios para bulimia nervosa estão presentes, exceto o facto de que a ingestão compulsiva e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, menos do que uma vez por semana e/ou durante menos de 3 meses.
3. **Perturbação de ingestão alimentar compulsiva (de baixa frequência e/ou duração limitada).** Todos os critérios para perturbação de ingestão alimentar compulsiva estão presentes, exceto o facto de que a ingestão compulsiva ocorre, em média, menos do que 1 vez por semana e/ou durante menos de 3 meses.
4. **Perturbação purgativa.** Ocorrência de comportamentos purgativos recorrentes para influenciar o peso ou forma corporais (por exemplo, autoindução do vómito; mau uso de laxantes, diuréticos ou outras medicações) na ausência de ingestão alimentar compulsiva.
5. **Síndrome da ingestão nocturna.** Episódios recorrentes de ingestão noturna de alimentos, manifestada por ingestão alimentar após despertar do sono ou por ingestão excessiva

de alimentos após a refeição da noite. Há consciência e recordação da ingestão. A ingestão noturna de alimentos não é mais bem explicada por influências externas tais como mudanças no ciclo sono-vigília da pessoa ou por normas sociais locais. A ingestão noturna provoca mal-estar clinicamente significativo e/ou défice no funcionamento. O padrão de perturbação do comportamento alimentar não é mais bem explicado por perturbação de ingestão compulsiva ou outra perturbação mental, incluindo o uso de substâncias, e não é atribuível a outra doença médica ou um efeito de uma medicação.

Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada

307.50 (F50.9)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação da alimentação e da ingestão e que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, laboral ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem completamente os critérios de diagnóstico para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações da alimentação e da ingestão. A categoria de perturbação da alimentação e da ingestão não especificada é utilizada em situações nas quais o clínico decide *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios para nenhuma perturbação da alimentação e da ingestão específica, e inclui as apresentações nas quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em contextos de serviço de urgência).

Perturbações de Eliminação

Todas as perturbações de eliminação envolvem a eliminação inapropriada de urina ou de fezes e são habitualmente diagnosticadas pela primeira vez na infância ou na adolescência. Este grupo de perturbações inclui a *enurese*, a emissão repetida de urina em locais inapropriados, e a *encoprese*, a emissão repetida de fezes em locais inapropriados. São estipulados subtipos para distinguir se a eliminação de urina, no caso da enurese, ou se a presença ou ausência de obstipação e de incontinência de fezes, no caso da encoprese, são noturnas ou diurnas (isto é, durante as horas de vigília). Embora existam requisitos mínimos de idade para o diagnóstico de ambas as perturbações, estes baseiam-se na idade de desenvolvimento e não apenas na idade cronológica. Ambas as perturbações podem ser voluntárias ou involuntárias. Embora estas perturbações tipicamente ocorram separadas, a sua coexistência também pode ser observada.

Enurese

Critérios de Diagnóstico — 307.6 (F98.0)

A. Emissão repetida de urina na cama ou nas roupas, involuntária ou intencional.
B. O comportamento é clinicamente significativo, manifestando-se com uma frequência de 2 episódios semanais durante pelo menos 3 meses consecutivos ou pela presença de um mal-estar clinicamente significativo ou de um défice social, académico (ocupacional) ou noutras áreas importantes do funcionamento.
C. A idade cronológica é de pelo menos 5 anos (ou um nível de desenvolvimento equivalente).
D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, um diurético, um medicamento antipsicótico) ou a outra condição médica (por exemplo, diabetes, espinha bífida ou epilepsia).

Especificar se:

Só noturna. Eliminação de urina apenas durante o sono noturno.
Só diurna. Eliminação de urina durante as horas de vigília.
Noturna e diurna. Uma combinação dos dois subtipos acima descritos.

Subtipos

O subtipo de enurese só noturna, por vezes referido como *enurese monossintomática*, é o subtipo mais frequente e envolve incontinência que ocorre apenas durante o sono noturno

e tipicamente no primeiro terço da noite. O subtipo só diurno ocorre na ausência de enurese noturna e pode ser referido apenas como *incontinência urinária.* Os indivíduos com este subtipo podem dividir-se em dois grupos. Um grupo com «incontinência por urgência», em que os indivíduos têm sintomas súbitos e instabilidade do detrusor, e outro grupo com «emissão por adiamento», em que os indivíduos adiam conscientemente a micção até que ocorre a incontinência. O subtipo noturna e diurna também é conhecido como *enurese não monossintomática.*

Características de Diagnóstico

A característica essencial da enurese é a emissão repetida de urina durante o dia ou à noite, na cama ou nas roupas (Critério A). Na maioria dos casos, a emissão é involuntária, mas há ocasiões em que pode ser intencional. Para estabelecer um diagnóstico de enurese, a emissão de urina deve ocorrer com uma frequência de pelo menos 2 episódios semanais durante pelo menos 3 meses consecutivos, ou deve causar mal estar clinicamente significativo ou um défice social, académico (ocupacional) ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério B). O indivíduo deve ter atingido uma idade em que se espera haver continência (isto é, a idade cronológica deve ser de pelo menos 5 anos ou, no caso de crianças com atrasos de desenvolvimento, uma idade mental de pelo menos 5 anos) (Critério C). A incontinência urinária não é devida aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, um diurético, um medicamento antipsicótico) ou a outra condição médica (por exemplo, diabetes, espinha bífida ou epilepsia) (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Durante a enurese noturna, a emissão de urina ocorre ocasionalmente durante o sono de movimentos oculares rápidos (REM) e a criança pode recordar-se de um sonho que envolvia o ato de urinar. Durante a incontinência que ocorre durante o dia (diurna), a criança adia a micção até que ocorre a incontinência, algumas vezes devido à relutância em usar a casa de banho como resultado de ansiedade social ou de uma preocupação com a atividade escolar ou lúdica. O episódio de enurese ocorre mais vezes ao início da tarde nos dias de escola e pode estar associado a sintomas de comportamento disruptivo. A enurese persiste habitualmente após o tratamento adequado de uma infeção urinária associada.

Prevalência

A prevalência da enurese é de 5%-10% nos indivíduos com 5 anos de idade, 3%-5% nos de 10 anos e cerca de 1% nos com 15 anos ou mais anos.

Desenvolvimento e Curso

Foram descritos 2 tipos de curso de enurese: um tipo «primário», em que o indivíduo nunca atingiu a continência urinária, e um tipo «secundário», em que a perturbação se desenvolveu depois de atingida a continência urinária. Não há diferenças na prevalência de perturbações mentais comórbidas entre os dois tipos. Por definição, a enurese primária começa aos 5 anos. A altura mais comum para o início da enurese secundária é entre os 5 e os 8 anos, mas pode ocorrer em qualquer altura. Depois dos 5 anos, a taxa de remissão espontânea oscila entre os 5% e os 10% por ano. A maioria das crianças com esta perturbação torna-se continente na adolescência, mas em aproximadamente 1% dos casos a perturbação persiste na idade adulta. A enurese diurna é pouco comum depois dos 9 anos.

Embora a incontinência diurna ocasional não seja rara a meio da infância, esta é substancialmente mais comum naqueles que também têm enurese noturna persistente. Quando a enurese persiste até ao fim da infância ou na adolescência, a frequência da incontinência pode aumentar, ao passo que a continência no início da infância está geralmente associada a uma diminuição da frequência de noites molhadas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Têm sido apontados alguns fatores predisponentes para enurese, incluindo atraso ou negligência no treino do controlo dos esfincteres e stress psicossocial.

Genéticos e fisiológicos. A enurese tem sido associada ao atraso no desenvolvimento dos ritmos circadianos normais da produção de urina, resultando em poliúria noturna ou anomalias da sensibilidade dos recetores centrais da vasopressina, bem como numa capacidade funcional da bexiga reduzida com hiper-reatividade vesical (síndrome da bexiga instável). A enurese noturna é uma perturbação geneticamente heterogénea. A hereditariedade foi demonstrada em análises de famílias, de gémeos e de segregação. O risco para enurese noturna na infância é cerca de 3,6 vezes superior em filhos de mães com enurese e 10,1 vezes superior na presença de incontinência urinária paterna. A percentagem do risco para a enurese noturna e incontinência diurna é semelhante.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A enurese foi descrita numa variedade de países europeus, africanos e asiáticos, bem como nos EUA. A um nível nacional, as taxas de prevalência são muito semelhantes e há grande semelhança nas trajetórias de desenvolvimento encontradas nos diferentes países. Há taxas muito elevadas de enurese em orfanatos e noutras instituições residenciais, provavelmente relacionadas com o modo e o ambiente em que ocorre o treino do controlo dos esfincteres.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A enurese noturna é mais comum no sexo masculino. A incontinência diurna é mais comum no sexo feminino. O risco relativo de ter uma criança que desenvolva enurese é mais elevado para um pai com história de enurese do que para uma mãe com história de enurese.

Consequências Funcionais da Enurese

O grau de incapacidade associado à enurese é função da limitação nas atividades sociais da criança (por exemplo, impossibilidade de dormir fora de casa) ou do seu efeito sobre a sua autoestima, do grau de ostracismo social imposto pelos companheiros e da irritação, punição e rejeição por parte dos que cuidam dela.

Diagnóstico Diferencial

Bexiga neurogénica ou outra condição médica. O diagnóstico de enurese não se faz na presença de uma bexiga neurogénica ou na presença de outra condição médica que cause poliúria ou urgência miccional (por exemplo, diabetes *mellitus* ou diabetes insípida não tratadas) ou durante uma infeção aguda do trato urinário. Contudo, o diagnóstico de enurese é compatível com estas condições se a incontinência urinária esteve regularmente presente antes do desenvolvimento de outra condição médica ou se ela persiste depois da instituição do tratamento adequado à condição médica.

Efeitos secundários de medicamentos. A enurese pode ocorrer durante o tratamento com antipsicóticos, diuréticos ou outros medicamentos que possam provocar incontinência. Neste caso, o diagnóstico não deve ser feito isoladamente, mas ser registado como um efeito secundário da medicação. Contudo, o diagnóstico de enurese deve ser feito se a incontinência urinária esteve regularmente presente antes do tratamento com o medicamento.

Comorbilidades

Ainda que a maioria das crianças com enurese não tenha uma perturbação mental comórbida, a prevalência de sintomas comportamentais comórbidos é mais elevada em crianças com enurese do que em crianças sem enurese. Os atrasos do desenvolvimento, incluindo da fala, da linguagem, da aprendizagem e das capacidades motoras, estão também presentes nalgumas crianças com enurese. Encoprese, sonambulismo e perturbação de terrores noturnos podem igualmente estar associados. As infeções do trato urinário são mais frequentes em crianças com enurese, em especial no subtipo diurno, do que em crianças que são continentes.

Encoprese

Critérios de Diagnóstico 307.7 (F98.1)

A. Emissão fecal repetida em locais inadequados (por exemplo, na roupa ou no chão), involuntária ou intencional.

B. .Pelo menos um episódio em cada mês durante pelo menos 3 meses.

C. A idade cronológica é de pelo menos 4 anos (ou um nível de desenvolvimento equivalente).

D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, laxantes) nem a outra condição médica, exceto se envolver um mecanismo que implique obstipação.

Especificar se:

Com obstipação e incontinência. Há evidência de obstipação no exame físico ou na história clínica.

Sem obstipação nem incontinência. Não há evidência de obstipação no exame físico ou na história clínica.

Subtipos

No subtipo com obstipação e incontinência, as fezes são caracteristicamente (mas não invariavelmente) muito pouco moldadas e a sua emissão pode variar de infrequente a contínua, ocorrendo sobretudo durante o dia e raramente durante o sono. Apenas uma parte do conteúdo fecal é emitido durante o uso da casa de banho e a incontinência cessa depois de tratada a obstipação.

No subtipo sem obstipação nem incontinência, as fezes têm tendência a ter uma forma e consistência normais e a sua emissão é intermitente. As fezes podem ser depositadas num local muito visível. Tal comportamento está em regra associado à presença de perturbação desafiante de oposição ou a perturbação do comportamento, ou pode ser a consequência de masturbação anal. A emissão sem obstipação parece ser menos comum do que a emissão com obstipação.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da encoprese é a emissão fecal repetida em locais inadequados (por exemplo, na roupa ou no chão) (Critério A). Na maioria das vezes esta é involuntária, mas ocasionalmente pode ser intencional. Este episódio deve ocorrer pelo menos 1 vez por mês durante pelo menos 3 meses (Critério B), e a idade cronológica da criança deve ser de pelo menos 4 anos (ou, em crianças com atrasos de desenvolvimento, uma idade mental de pelo menos 4 anos) (Critério C). A incontinência fecal não deve ser exclusivamente atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, laxantes) ou a outra condição médica, exceto se através de um mecanismo que envolva obstipação (Critério D).

Quando a emissão de fezes é involuntária e não intencional, pode estar associada com a obstipação, oclusão ou retenção com emissão subsequente. A obstipação pode desenvolver-se por razões psicológicas (por exemplo, ansiedade em defecar num local em particular, um padrão mais geral de ansiedade ou comportamento de oposição), conduzindo ao evitamento da defecação. As predisposições fisiológicas para a obstipação incluem o esforço ineficaz para evacuar ou uma dinâmica paradoxal de evacuação, com contração ao invés de relaxamento do esfíncter externo do patamar pélvico durante o esforço para defecar. A desidratação associada a uma doença febril, o hipotiroidismo ou o efeito secundário de medicamentos podem também provocar obstipação. Uma vez estabelecida, a obstipação pode complicar-se com fissura anal, defecação dolorosa ou com posterior retenção fecal. A consistência das fezes pode variar. Nalguns indivíduos, as fezes podem ter uma consistência normal ou quase normal. Noutros indivíduos – tais como os que apresentam incontinência secundária a uma retenção fecal –, as fezes podem ser líquidas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A criança com encoprese pode sentir-se envergonhada e desejar evitar as situações que a possam embaraçar (por exemplo, um acampamento, a escola). O grau de incapacidade é função do seu efeito sobre a autoestima da criança, do grau de ostracismo social imposto pelos companheiros, da irritação, punição ou rejeição por parte dos que seus cuidadores. Sujar-se com as fezes pode ser deliberado ou acidental, resultando da tentativa da criança para limpar ou ocultar as fezes que são emitidas involuntariamente. Quando a incontinência é claramente deliberada, podem também estar presentes características da perturbação desafiante de oposição ou de perturbação do comportamento. Muitas crianças com encoprese e obstipação crónica também têm sintomas de enurese e podem ter um refluxo vesical ou uretérico associado suscetível de conduzir a infeções crónicas do trato urinário, podendo estes sintomas remitir com o tratamento da obstipação.

Prevalência

Estima-se que aproximadamente 1% das crianças com 5 anos de idade têm encoprese e a perturbação é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

A encoprese não é diagnosticada antes de a criança ter atingido pelo menos 4 anos de idade (ou, em crianças com atrasos do desenvolvimento, uma idade mental de pelo menos 4 anos). Uma aprendizagem inadequada e inconsistente do controlo dos esfincteres e o stress psicossocial (por exemplo, entrada para a escola ou o nascimento de um irmão) podem ser fatores predisponentes. Foram descritos dois tipos de evolução: um tipo «primário», em que o

indivíduo nunca atingiu a continência fecal, e um tipo «secundário», no qual a perturbação se desenvolveu depois de estabelecida a continência fecal. A encoprese pode persistir, com exacerbações intermitentes, durante anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A defecação dolorosa pode conduzir a obstipação e a um ciclo de comportamentos de retenção que torna a encoprese mais provável. A utilização de alguns medicamentos (por exemplo, antiepiléticos, antitússicos) podem aumentar a obstipação e tornar a encoprese mais provável.

Marcadores de Diagnóstico

Para além do exame físico, os exames de imagem gastrintestinal (por exemplo, radiograma abdominal) podem ser informativos para avaliar a retenção de fezes e de gases no cólon. Testes adicionais, como o enema de bário e a manometria anorrectal, podem ser utilizados para ajudar a excluir outras condições médicas, como a doença de Hirschsprung.

Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico de encoprese na presença de outra condição médica só é adequado se o mecanismo que envolve a obstipação não pode ser explicado por outra condição médica. A incontinência fecal relacionada com outras condições médicas (por exemplo, diarreia crónica, espinha bífida, estenose anal) não justifica o diagnóstico de encoprese do DSM-5.

Comorbilidades

As infeções do trato urinário podem ser comórbidas com a encoprese e são mais comuns no sexo feminino.

Perturbação de Eliminação com Outra Especificação

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação de eliminação e que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações de eliminação. A categoria perturbação de eliminação com outra especificação é utilizada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação de eliminação específica. Isto é feito através do registo de «perturbação de eliminação com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «enurese de baixa frequência»).

Nota de codificação. Codificar **788.39 (N39.498)** para perturbação de eliminação com outra especificação com sintomas urinários; **787.60 (R15.9)** para perturbação de eliminação com outra especificação com sintomas fecais.

Perturbação de Eliminação Não Especificada

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação de eliminação que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações de eliminação. A categoria perturbação de eliminação não especificada é utilizada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios para nenhuma perturbação de eliminação específica, incluindo as apresentações nas quais não existe informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência).

Nota de codificação. Codificar **788.30 (R32)** para perturbação de eliminação não especificada com sintomas urinários; **787.60 (R15.9)** para perturbação de eliminação não especificada com sintomas fecais.

Perturbações do Sono-Vigília

A classificação do DSM-5 das perturbações do sono-vigília destina-se a médicos de saúde mental e clínicos médicos (aqueles que prestam cuidados médicos à população adulta, geriátrica e pediátrica). As perturbações do sono-vigília englobam 10 perturbações ou grupos de perturbações: perturbação de insónia, perturbação de hipersonolência, narcolepsia, perturbações do sono relacionadas com a respiração, perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, perturbações da ativação do sono com movimentos oculares não rápidos (não REM), perturbação de pesadelos, perturbação do comportamento do sono com movimentos oculares rápidos (REM), síndrome das pernas inquietas e perturbação do sono induzida por substância/medicamento. Os indivíduos com estas perturbações apresentam de forma típica queixas de insatisfação com a qualidade, duração e quantidade de sono. O mal-estar e os défices de funcionamento diurno daqui resultantes são características nucleares comuns a todas estas perturbações do sono-vigília.

A organização deste capítulo foi concebida para facilitar o diagnóstico diferencial das queixas do sono-vigília e para clarificar quando é que a referenciação a um especialista do sono para avaliação e planeamento do tratamento é apropriada. A nosologia das perturbações do sono do DSM-5 utiliza uma abordagem simples e clinicamente útil, ao mesmo tempo que reflete os avanços científicos em epidemiologia, genética, patofisiologia, avaliação e investigação de intervenções ocorridos desde a publicação do DSM-IV. Nalguns casos (por exemplo, perturbação de insónia) foi adotada uma abordagem muito ampla, enquanto noutros (por exemplo, narcolepsia) se adotou uma abordagem com distinções mais minuciosas, que reflete a existência de validadores derivados da investigação epidemiológica, neurobiológica e de intervenções.

As perturbações do sono são com frequência acompanhadas por depressão, ansiedade e alterações cognitivas que têm de ser tidas em consideração no plano de tratamento e na gestão de caso. Além disso, as perturbações do sono persistentes (tanto insónia como sonolência excessiva) são fatores de risco reconhecidos para o subsequente desenvolvimento de doença mental e perturbações de uso de substâncias. Eles podem também representar uma expressão prodrómica de um episódio de doença mental, o que permite uma eventual intervenção precoce, de forma a prevenir ou atenuar um episódio de expressão completa.

O diagnóstico diferencial das queixas do ciclo sono-vigília necessita de uma abordagem multidimensional, que entre em linha de conta com condições médicas e neurológicas que possam coexistir. As condições clínicas coexistentes são a regra e não a exceção. As perturbações do sono-vigília são um indicador clínico útil de condições médicas e neurológicas que com frequência coexistem com a depressão e outras perturbações mentais comuns. Entre estas comorbilidades destacam-se as perturbações do sono relacionadas

com a respiração, perturbações pulmonares e cardíacas (por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva e doença pulmonar obstrutiva crónica), perturbações neurodegenerativas (por exemplo, doença de Alzheimer) e perturbações do sistema musculosquelético (por exemplo, osteoartrite). Estas perturbações podem não só interferir com o sono, como podem também agravar-se durante o mesmo (por exemplo, apneias prolongadas ou arritmias eletrocardiográficas durante o sono REM; despertares confusos em doentes com demência; convulsões em doentes com convulsões parciais complexas). A perturbação do comportamento do sono REM é muitas vezes um indicador precoce de perturbações neurodegenerativas (alfa-sinucleinopatias) como a doença de Parkinson. Por todas estas razões – relacionadas com o diagnóstico diferencial, a comorbilidade clínica e a facilitação da elaboração do plano de tratamento –, as perturbações do sono encontram-se incluídas no DSM-5.

A abordagem adotada para a classificação das perturbações do sono-vigília no DSM-5 pode ser compreendida no contexto «amplo *versus* minucioso». O DSM-IV representou um esforço para simplificar a classificação das perturbações do sono-vigília, agregando os diagnósticos sob designações mais amplas e menos diferenciadas. No outro extremo, a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*) elaborou inúmeros subtipos de diagnóstico. O DSM-IV foi concebido para ser utilizado por médicos de saúde mental e clínicos gerais que não são especialistas em medicina do sono. A *ICSD-2* reflete a ciência e as opiniões da comunidade de especialistas em sono e foi preparada para ser usada por especialistas.

O peso da evidência disponível suporta as características de superior desempenho (fiabilidade interavaliadores, bem como validade convergente, discriminante e valor facial) de abordagens mais simples e menos diferenciadas ao diagnóstico das perturbações do sono-vigília. O texto que acompanha cada grupo de critérios de diagnóstico proporciona ligações para as correspondentes perturbações da *ICSD-2*. A classificação das perturbações do sono-vigília do DSM-5 também especifica as listas não psiquiátricas correspondentes (por exemplo, códigos de neurologia) da Classificação Internacional de Doenças (ICD).

O campo das perturbações do sono tem evoluído nesta direção desde a publicação do DSM-IV. O uso de validadores biológicos foi agora incorporado na classificação das perturbações do sono-vigília do DSM-5, particularmente no que se refere às perturbações de sonolência excessiva, tais como a narcolepsia, às perturbações do sono relacionadas com a respiração, para as quais estão indicados estudos do sono formais (por exemplo, polissonografia) e à síndrome das pernas inquietas, que pode com frequência coexistir com os movimentos periódicos dos membros durante o sono, detetáveis pela polissonografia.

Perturbação de Insónia

Critérios de Diagnóstico 780.52 (G47.00)

A. Uma queixa predominante de insatisfação com a qualidade ou quantidade de sono, associada a 1 ou mais dos seguintes sintomas:
   1. Dificuldade em iniciar o sono. (Em crianças, este sintoma pode manifestar-se por dificuldade em iniciar o sono sem a intervenção do cuidador.)
   2. Dificuldade em manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas em voltar a adormecer após despertar. (Em crianças, este sintoma pode manifestar-se por dificuldade em voltar a adormecer sem a intervenção do cuidador.)

3. Despertar precoce com incapacidade de voltar a adormecer.

B. A perturbação do sono provoca mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, educacional, académico, comportamental ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C. A dificuldade do sono ocorre em pelo menos 3 noites por semana.

D. A dificuldade do sono está presente pelo menos há 3 meses.

E. A dificuldade do sono ocorre apesar de haver oportunidade adequada para dormir.

F. A insónia não é mais bem explicada e não ocorre exclusivamente durante o curso de outras perturbações do sono vigília (por exemplo, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília ou uma parassónias).

G. A insónia não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso ou um medicamento).

H. As perturbações mentais e condições médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de insónia.

Especificar se:

Com comorbilidade com perturbação mental não relacionada com o sono, incluindo perturbações de uso de substâncias

Com outra comorbilidade médica

Com outra perturbação do sono

Nota de codificação. O código 780.52 (G47.00) aplica-se aos 3 especificadores. Codificar também a perturbação mental associada relevante, condição médica ou outra perturbação do sono, logo depois do código da perturbação de insónia, de forma a indicar a associação.

Especificar se:

Episódica. Os sintomas estão presentes há pelo menos 1 mês, mas há menos de 3 meses.

Persistente. Os sintomas estão presentes há 3 meses ou mais.

Recorrente. Dois ou (mais) episódios no espaço de 1 ano.

Nota. A insónia aguda ou de curta duração (isto é, os sintomas estão presentes há menos de 3 meses, mas preenchem todos os critérios relativos a intensidade, frequência, mal-estar e/ou défice funcional) deverá ser codificada como perturbação de insónia com outra especificação.

Nota. O diagnóstico de perturbação de insónia é dado, quer esta ocorra como condição independente quer seja comórbida com outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva major), condição médica (por exemplo, dor) ou outra perturbação do sono (por exemplo, perturbação do sono relacionada com a respiração). Por exemplo, a insónia pode seguir o seu curso com alguma ansiedade e características depressivas, mas sem que sejam preenchidos os critérios para qualquer outra perturbação mental. A insónia também se pode manifestar como característica clínica de uma perturbação mental mais predominante. A insónia persistente pode mesmo ser um fator de risco de depressão e é um sintoma residual comum após o tratamento desta. Quando coexistem insónia e uma perturbação mental, pode ser necessário tratamento dirigido a ambas as condições. Devido a estes diferentes cursos, é frequentemente impossível estabelecer a natureza precisa da relação entre estas duas entidades clínicas, relação essa que pode mudar com o tempo. Portanto, na presença de insónia e de uma perturbação concomitante, não é necessário estabelecer uma relação causal entre as duas condições. De preferência, o diagnóstico de perturbação de insónia é feito com a especificação concomitante das condições clinicamente comórbidas. O diagnóstico concomitante de insónia só deve ser considerado quando esta for

suficientemente grave para justificar atenção clínica independente; de outra forma, não é necessário um diagnóstico separado.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação de insónia é a insatisfação com a qualidade ou quantidade do sono, associada a queixas de dificuldade em iniciar ou manter o sono. As queixas de sono são acompanhadas por mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento. A perturbação do sono pode ocorrer durante o curso de outra perturbação mental ou condição médica ou pode ocorrer de forma independente.

Podem ocorrer diferentes manifestações de insónia em diferentes fases do período de sono. A *insónia no início do sono* (ou *insónia inicial*) envolve dificuldade em adormecer à hora de deitar. A *insónia na manutenção do sono* (ou *insónia intermédia*) envolve despertares frequentes ou prolongados durante a noite. A *insónia terminal* envolve despertares de madrugada, com incapacidade de voltar a adormecer. A dificuldade em manter o sono é o sintoma isolado mais comum da insónia, seguido pela dificuldade em adormecer e a combinação destes sintomas é a apresentação em geral mais comum. O tipo específico de queixa do sono varia com frequência ao longo do tempo. Os indivíduos que em determinado momento se queixam de dificuldade em adormecer podem, mais tarde, queixar-se de dificuldade em manter o sono e vice-versa. Os sintomas de dificuldade em adormecer e dificuldade em manter o sono podem ser quantificados por relato retrospetivo do próprio indivíduo, por diários do sono ou por outros métodos, como actigrafia ou polissonografia, mas o diagnóstico de perturbação de insónia baseia-se na perceção subjetiva do indivíduo ou no relato de um seu cuidador.

O *sono não reparador*, uma queixa de má qualidade do sono que não deixa o indivíduo sentir-se repousado depois de acordar, apesar de uma duração de sono adequada, é uma queixa de sono comum, que ocorre em regra associada a dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou menos frequentemente, de forma isolada. Esta queixa também pode ser relatada em associação com outras perturbações do sono (por exemplo, perturbação do sono relacionada com a respiração). Quando uma queixa de sono não reparador ocorre de forma isolada (por exemplo, na ausência de dificuldade em iniciar e/ou manter o sono), mas são preenchidos todos os critérios de diagnóstico relativos a frequência, duração, mal-estar e défice funcional diurnos, faz-se o diagnóstico de perturbação de insónia com outra especificação ou de perturbação de insónia não especificada.

Para além dos critérios relacionados com a frequência e duração dos sintomas exigidos para se fazer o diagnóstico, outros critérios são úteis para quantificar a gravidade da insónia. Estes critérios quantitativos, apesar de arbitrários, são oferecidos tão-só com a finalidade de esclarecimento. Por exemplo, a dificuldade em iniciar o sono é definida por uma latência do sono subjetiva superior a 20-30 minutos, e a dificuldade em manter o sono é definida subjetivamente por um período desperto depois de iniciar o sono superior a 20-30 minutos. Apesar de não existir nenhuma definição-padrão para o despertar de madrugada, este implica acordar 30 minutos antes da hora prevista e antes que o tempo total de sono atinja as 6½ horas. É essencial atender não só à hora final de despertar, mas também à hora a que o indivíduo se deitou na noite anterior. Acordar às 4 horas da manhã não tem, nas pessoas que se deitaram às 21 horas, o mesmo significado clínico que tem nas que se tenham deitado às 23 horas. Esse sintoma pode também refletir uma diminuição da capacidade de manter o sono ou uma mudança do horário em que ocorre o período principal de sono, dependentes da idade.

A perturbação de insónia envolve défices diurnos, bem como dificuldades no sono noturno. Estas incluem fadiga ou, menos comummente, sonolência diurna; esta última é mais vulgar em indivíduos idosos e quando a insónia está associada com outra condição médica (por exemplo, dor crónica) ou perturbação do sono (por exemplo, apneia do sono). O défice do desempenho cognitivo pode incluir dificuldades na atenção, concentração e memória, e até mesmo em executar tarefas manuais simples. As perturbações do humor associadas são descritas tipicamente como irritabilidade ou labilidade do humor e, menos comum, como sintomas depressivos ou de ansiedade. Nem todos os indivíduos com perturbações do sono noturno sofrem mal-estar ou défice funcional. Por exemplo, a continuidade do sono é muitas vezes interrompida em adultos mais velhos saudáveis que, não obstante, consideram que dormem bem. O diagnóstico de perturbação de insónia deverá ser reservado para os indivíduos com mal-estar diurno significativo ou que tenham défices relacionados com as suas dificuldades de sono noturno.

Características Associadas que Suportam o Diagnóstico

A insónia está com frequência associada a ativação fisiológica e cognitiva e a fatores condicionantes que interferem com o sono. A preocupação com o sono e o mal-estar devido a incapacidade de dormir podem originar um ciclo vicioso: quanto mais o indivíduo se esforça por dormir, maior será a frustração e mais prejudicado é o sono. Assim, a atenção e os esforços excessivos para dormir, que se sobrepõem aos mecanismos normais para adormecer, podem contribuir para o desenvolvimento de insónia. Os indivíduos com insónia persistente podem adquirir hábitos de sono desadaptativos (por exemplo, passar demasiado tempo na cama, ter um horário de sono errático, fazer sestas) e cognições desadaptativas (por exemplo, medo de não dormir, apreensão com as dificuldades diurnas, monitorização das horas) durante o curso da perturbação. Estes hábitos, num ambiente no qual o indivíduo passou muitas vezes noites sem dormir, podem complicar ainda mais a ativação condicionada e perpetuar os problemas do sono. Pelo contrário, o indivíduo pode adormecer mais facilmente quando não está a tentar fazê-lo. Alguns indivíduos referem que dormem melhor quando não estão nos próprios quartos e quando estão longe das suas rotinas habituais.

A insónia pode ser acompanhada por uma variedade de queixas e sintomas diurnos, incluindo fadiga, diminuição da energia e perturbações do humor. Podem estar presentes sintomas de ansiedade ou depressão que não preencham os critérios para uma perturbação mental específica, bem como uma preocupação excessiva com os efeitos da privação de sono nas atividades diurnas.

Os indivíduos com insónia podem ter uma pontuação elevada nas escalas subjetivas psicológicas e de personalidade, que apontam para depressão e ansiedade ligeiras, um estilo cognitivo preocupado, um estilo de internalização de resolução de conflitos centrado na emoção e propensão para a somatização. Os padrões de défice neurocognitivo nos indivíduos com insónia são inconsistentes, embora possa haver défices na realização de tarefas de maior complexidade e nas que exigem frequentes alterações na estratégia de desempenho. Os indivíduos com insónia são com frequência obrigados a um maior esforço para manter o desempenho cognitivo.

Prevalência

As estimativas de base populacional indicam que cerca de um terço dos adultos refere sintomas de insónia, cerca de 10%-15% experienciam défices diurnos associados e 6%-10% têm sintomas que preenchem os critérios para o diagnóstico de perturbação de insónia. A perturbação de insónia é a perturbação do sono que tem maior prevalência. Em cuidados de saúde

primários, aproximadamente 10%-20% de doentes queixam-se de sintomas de insónia significativos. A queixa de insónia é mais prevalente em mulheres do que nos homens, com um rácio de 1,44:1. Embora a insónia possa ser um sintoma ou uma perturbação independente, observa-se com maior frequência como condição comórbida com outra condição médica ou perturbação mental. Por exemplo, cerca de 40%-50% dos indivíduos com insónia apresentam outra perturbação mental concomitante.

Desenvolvimento e Curso

O início dos sintomas de insónia pode ocorrer em qualquer momento ao longo da vida, mas o primeiro episódio é mais comum em jovens adultos. Com menor frequência, a insónia inicia-se na infância ou na adolescência. Na mulher, a insónia pode iniciar-se na menopausa e persistir mesmo depois de outros sintomas (por exemplo, afrontamentos) terem resolvido. A insónia também pode iniciar-se em fase tardia da vida, e com frequência está associada a outras condições relacionadas com a saúde.

A insónia pode ser situacional, persistente ou recorrente. A insónia situacional, ou insónia aguda, dura em geral apenas alguns dias ou semanas e está relacionada com acontecimentos de vida ou mudanças rápidas dos horários do sono ou do meio ambiente. Em geral resolve-se logo que o fator precipitante inicial deixa de estar presente. No caso de alguns indivíduos, talvez os que são mais vulneráveis às perturbações do sono, a insónia pode persistir até muito depois do evento que a desencadeou, provavelmente devido a fatores de condicionamento e aumento da ativação. Os fatores que precipitam a insónia podem ser diferentes dos que a perpetuam. Por exemplo, um indivíduo acamado com uma lesão dolorosa e que tenha dificuldade em dormir poderá desenvolver associações negativas com o sono. A ativação condicionada pode, assim, persistir e dar origem a insónia persistente.

Pode desenvolver-se um curso semelhante no contexto de stress psicológico agudo ou perturbação mental. Por exemplo, a insónia que ocorre durante um episódio de perturbação depressiva major pode tornar-se um foco de atenção, com consequente condicionamento negativo, levando a que a insónia persista mesmo depois da resolução do episódio depressivo. Em certos casos, a insónia pode ter também um início insidioso, sem que um fator precipitante seja identificado.

O curso da insónia pode ainda ser episódico, com episódios recorrentes de dificuldades do sono associados com a ocorrência de eventos stressantes. As taxas de cronicidade variam entre 45% e 70% em seguimentos de 1 a 7 anos. Mesmo quando o curso da insónia se torna crónico, ocorrem variações dos padrões de sono, de noite para noite, com noites ocasionais de sono reparador, entremeadas com várias noites de sono de má qualidade. As características da insónia podem também alterar-se ao longo do tempo. Muitos indivíduos têm história de sono «leve» ou facilmente perturbado antes do início de problemas de sono mais persistentes.

As queixas de insónia são mais prevalentes nos indivíduos de meia-idade e mais idosos. O tipo de sintomas de insónia altera-se em função da idade, sendo a dificuldade em adormecer mais comum entre adultos jovens e a dificuldade em manter o sono mais frequente nos indivíduos de meia-idade e mais idosos.

As dificuldades em iniciar e manter o sono também podem ocorrer em crianças e adolescentes, mas existem dados mais limitados sobre a prevalência, os fatores de risco e a comorbilidade durante estas fases do desenvolvimento. As dificuldades do sono na infância podem resultar de fatores de condicionamento (por exemplo, uma criança que não aprende

a adormecer ou a voltar a dormir na ausência do cuidador) ou da ausência de horários consistentes para dormir e de rotinas de ir para a cama. Na adolescência a insónia é com frequência desencadeada ou exacerbada por horários irregulares de sono (por exemplo, atraso de fase). Tanto em crianças como em adolescentes, fatores médicos e psicológicos podem contribuir para a insónia.

O aumento da prevalência de insónia em adultos mais idosos é parcialmente explicada pela mais elevada incidência de problemas de saúde física que ocorrem com o envelhecimento. As alterações dos padrões de sono associadas com o processo normal de desenvolvimento devem ser distinguidas das que ultrapassam as alterações relacionadas com a idade. Apesar de a polissonografia ter um valor limitado na avaliação rotineira da insónia, pode ser útil para o diagnóstico diferencial em adultos mais idosos, porque as etiologias da insónia (por exemplo, apneia do sono) poderão ser mais frequentemente identificáveis nestes indivíduos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Apesar de os fatores de risco e de prognóstico abordados nesta secção aumentarem a vulnerabilidade à insónia, é mais provável que as perturbações do sono ocorram quando indivíduos predispostos são expostos a eventos precipitantes, tais como acontecimentos de vida importantes (por exemplo, doença, divórcio) ou a um fator de stress diário menos grave, mas crónico. A maioria dos indivíduos regressa aos padrões de sono normais depois de o evento desencadeante inicial ter desaparecido, mas outros – talvez os mais vulneráveis à insónia – continuam a experimentar dificuldades persistentes no sono. A presença de fatores perpetuadores, tais como maus hábitos de sono, horários de sono irregulares e o medo de não adormecer continuam a fomentar a insónia e podem contribuir para um círculo vicioso que pode induzir insónia persistente.

Temperamentais. Ansiedade, personalidade ou estilos cognitivos propensos à preocupação, aumento da predisposição para a ativação e tendência para reprimir emoções podem aumentar a vulnerabilidade à insónia.

Ambientais. O ruído, a luz e as temperaturas excessivamente baixas ou elevadas, tal como a grande altitude, também podem aumentar a vulnerabilidade à insónia.

Fisiológicos e genéticos. O género feminino e o aumento da idade estão associados a vulnerabilidade aumentada à insónia. O sono perturbado e a insónia mostram uma predisposição familiar. A prevalência de insónia é mais elevada em gémeos monozigóticos do que em dizigóticos; é também maior em familiares em primeiro grau, em comparação com a população geral. Continua ainda por determinar a medida em que este nexo é herdado, seja por predisposição genética, seja através da observação dos modelos parentais, ou ainda como consequência de outro tipo de psicopatologia.

Modificadores de curso. Os modificadores de curso deletérios incluem más práticas de higiene de sono (por exemplo, consumo excessivo de cafeína, horários de sono irregulares).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A insónia é uma das queixas mais prevalentes em mulheres do que em homens, com os primeiros sintomas associados ao nascimento de um filho ou à menopausa. Apesar de a prevalência ser mais elevada em mulheres mais velhas, estudos polissonográficos sugerem a

melhor preservação da continuidade do sono e do sono de ondas lentas em mulheres mais velhas do que em homens de igual idade.

Marcadores de Diagnóstico

A polissonografia mostra em geral défices da continuidade do sono (por exemplo, aumento da latência do sono e quantidade de tempo desperto após o início do sono, bem como diminuição da eficiência do sono [percentagem de tempo deitado passado a dormir]) e pode revelar um aumento da fase 1 e diminuição das fases 3 e 4 do sono. A gravidade destes défices do sono nem sempre condiz com a apresentação clínica ou a queixa subjetiva de pouca qualidade do sono do indivíduo, dado que as pessoas com insónia subestimam com frequência a duração do sono e sobrestimam os períodos despertos relativamente à polissonografia. As análises eletrencefalográficas quantitativas podem indicar que os indivíduos com insónia têm registos eletrencefalográficos de alta frequência relativamente aos indivíduos com boa qualidade de sono, quer em torno do período de início do sono quer durante o sono não REM, uma característica sugestiva de aumento da ativação cortical. Os indivíduos com perturbação de insónia podem ter menor propensão para o sono e tipicamente não mostram aumento da sonolência diurna, em medições laboratoriais objetivas do sono, em comparação com indivíduos sem perturbações do sono.

Outras medidas laboratoriais mostram evidência, embora não de forma consistente, de aumento da ativação e de ativação generalizada do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (por exemplo, aumento dos níveis de cortisol, variabilidade da frequência cardíaca, reatividade ao stress, ritmo metabólico). Em geral, os achados são consistentes com a hipótese de que o aumento da ativação fisiológica e cognitiva desempenha um papel significativo na perturbação de insónia.

Os indivíduos com perturbação de insónia podem muitas vezes parecer fatigados ou abatidos, ou, inversamente, hiperactivos ou «elétricos». Porém, não existem anomalias consistentes ou características no exame físico. Pode haver um aumento de sintomas psicofisiológicos relacionados com o stress (por exemplo, cefaleias de tensão, tensão ou dor muscular, sintomas gastrintestinais).

Consequências Funcionais da Perturbação de Insónia

Podem desenvolver-se problemas no funcionamento interpessoal, ocupacional e social em consequência da insónia ou da excessiva preocupação com o sono, aumento da irritabilidade diurna ou diminuição da concentração. A diminuição da atenção e a da concentração são comuns e podem estar relacionadas com taxas mais elevadas de acidentes observados em caso de insónia. A insónia persistente também está associada a consequências a longo prazo, incluindo maior risco de perturbação depressiva major, hipertensão e enfarte do miocárdio; aumento do absentismo e diminuição da produtividade laboral; diminuição da qualidade de vida; e aumento da sobrecarga económica.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais do sono. A duração normal do sono varia consideravelmente entre indivíduos. Os que necessitam de dormir pouco (*short sleepers*) podem preocupar-se com a duração do sono. Estes indivíduos diferem dos que têm insónia pela ausência de dificuldade em iniciar ou manter o sono e pela ausência de sintomas diurnos característicos (por exemplo,

fadiga, problemas de concentração e irritabilidade). No entanto, alguns deles podem desejar ou tentar aumentar a duração do sono e, mantendo-se mais tempo na cama, poderão criar um padrão de sono do tipo insónia. A insónia clínica também deve ser distinguida das alterações normais do sono relacionadas com a idade. Do mesmo modo, a insónia deve distinguir-se da privação de sono devida a oportunidades ou a circunstâncias inadequadas para dormir, resultantes, por exemplo, de uma emergência ou de obrigações profissionais ou familiares que forçam o indivíduo a manter-se acordado.

Insónia aguda/situacional. A insónia aguda/situacional é uma condição que dura de alguns dias a algumas semanas e que está com frequência associada com acontecimentos de vida ou alterações dos horários de sono. Estes sintomas de insónia aguda, ou de curta duração, podem também causar mal-estar significativo e interferir com o funcionamento social, pessoal e ocupacional. Quando esses sintomas são suficientemente frequentes e preenchem todos os critérios, exceto o de estarem presentes há mais de 3 meses, deverá ser feito o diagnóstico de perturbação de insónia com outra especificação ou de insónia não especificada.

Perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília do tipo atraso de fase e do tipo trabalho por turnos. Os indivíduos com perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília do tipo atraso de fase relatam insónia no início do sono apenas quando tentam dormir em horários socialmente normais, mas não referem dificuldade em iniciar ou manter o sono quando as suas horas de deitar e levantar estão atrasadas e coincidem com o seu ritmo circadiano endógeno. O tipo trabalho por turnos difere da perturbação de insónia pela história de mudança de turno recente.

Síndrome das pernas inquietas. A síndrome das pernas inquietas provoca muitas vezes dificuldade em iniciar e manter o sono. Porém, o impulso para mover as pernas e outras sensações desagradáveis nas pernas que o acompanham são características que distinguem esta síndrome da perturbação de insónia.

Perturbações do sono relacionadas com a respiração. A maioria dos indivíduos com uma perturbação do sono relacionada com a respiração tem história de ressonar alto, pausas respiratórias durante o sono e sonolência diurna excessiva. Não obstante, cerca de 50% dos indivíduos com apneia do sono também podem relatar sintomas de insónia, uma característica mais comum nas mulheres e adultos mais velhos.

Narcolepsia. A narcolepsia pode dar origem a queixas de insónia, mas distingue-se desta pela predominância de sintomas de sonolência diurna excessiva, cataplexia, paralisia do sono e alucinações relacionadas com o sono.

Parassónias. As parassónias caracterizam-se por uma queixa de eventos ou comportamentos pouco usuais durante o sono que podem levar a despertares intermitentes e dificuldade em readormecer. Porém, são estes eventos comportamentais, mais do que a insónia *per se*, que dominam o quadro clínico.

Perturbação do sono induzida por substância/medicamento, tipo insónia. Esta perturbação distingue-se da perturbação de insónia pelo facto de se considerar que uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com a insónia (ver «Perturbação do Sono Induzida por Substância/ /Medicamento», mais adiante neste capítulo). Por exemplo, a insónia que ocorre apenas no contexto do consumo maciço de cafeína deve ser diagnosticada como perturbação do sono induzida por cafeína, tipo insónia, com início durante a intoxicação.

Comorbilidades

A insónia é uma comorbilidade frequente de muitas condições médicas, incluindo diabetes, doença cardíaca coronária, doença pulmonar obstrutiva crónica, artrite, fibromialgia e outras condições dolorosas crónicas. A relação de risco parece ser bidirecional: a insónia aumenta o risco de desenvolver condições médicas, e os problemas médicos aumentam o risco de insónia. A direção desta relação nem sempre é clara e pode variar com o tempo; por esta razão, insónia comórbida é a terminologia preferida na presença de insónia coexistente com outra condição médica (ou perturbação mental).

Os indivíduos com perturbação de insónia têm com frequência uma perturbação mental comórbida, em especial perturbações bipolar, depressiva e de ansiedade. A insónia persistente representa um fator de risco ou um sintoma precoce de subsequente perturbação bipolar, depressiva ou de ansiedade, ou ainda de perturbações de uso de substâncias. Os indivíduos com insónia podem usar erradamente medicamentos ou álcool para os ajudarem a dormir durante a noite, ansiolíticos para combater a tensão ou a ansiedade e cafeína ou outro tipo de estimulantes para combater a fadiga excessiva. Para além de agravar a insónia, este tipo de uso de substâncias pode evoluir em certos casos para uma perturbação de uso de substâncias.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

Existem vários fenótipos distintos de insónia relativamente à causa percebida de insónia que são reconhecidos pela *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*). Estes incluem *insónia psicofisiológica*, *insónia idiopática*, *perceção errada do estado de sono* e *higiene do sono inadequada*. Apesar do seu apelo clínico e valor heurístico, a evidência relativa ao uso destes fenótipos distintos é limitada.

Perturbação de Hipersonolência

Critérios de Diagnóstico 780.54 (G47.10)

A. O doente refere sonolência excessiva (hipersonolência) apesar de um período de sono principal de pelo menos 7 horas, com pelo menos 1 dos seguintes sintomas:
   1. Períodos de sono recorrentes ou episódios de sono ao longo do mesmo dia.
   2. Um episódio principal de sono prolongado superior a 9 horas por dia que não é reparador (isto é, o indivíduo não se sente refrescado).
   3. Dificuldade em manter-se completamente acordado após um despertar abrupto.

B. A hipersonolência ocorre pelo menos 3 vezes por semana, durante pelo menos 3 meses.

C. A hipersonolência é acompanhada por mal-estar clinicamente significativo ou défice do funcionamento cognitivo, social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. A hipersonolência não é mais bem explicada pelo, e não ocorre exclusivamente durante o, curso de outra perturbação do sono (por exemplo, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano sono-vigília ou uma parassónias).

E. A hipersonolência não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).

F. As perturbações mentais e médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de hipersonolência.

Especificar se:

Com perturbação mental, incluindo perturbações de uso de substâncias.

Com uma condição médica

Com outra perturbação do sono

Nota de codificação. O código 780.54 (G47.10) aplica-se aos 3 especificadores. Codificar também a perturbação mental, condição médica ou outra perturbação do sono associadas relevantes logo depois do código para perturbação de hipersonolência, de forma a indicar a associação.

Especificar se:

Aguda. Duração inferior a 1 mês.

Subaguda. Duração de 1-3 meses.

Persistente. Duração superior a 3 meses.

Especificar a gravidade atual:

Especificar a gravidade com base no grau de dificuldade em manter o estado de alerta durante o dia, manifestado pela ocorrência de múltiplos ataques de sonolência irresistível em qualquer dia, que ocorram, por exemplo, enquanto se esteja sentado, a conduzir, a visitar amigos ou a trabalhar.

Ligeira. Dificuldade em manter o estado de alerta durante 1-2 dias/semana.

Moderada. Dificuldade em manter o estado de alerta durante 3-4 dias/semana.

Grave. Dificuldade em manter o estado de alerta durante 5-7 dias/semana.

Características de Diagnóstico

Hipersonolência é uma designação diagnóstica ampla e inclui sintomas de quantidade excessiva de sono (por exemplo, aumento do tempo noturno de sono ou episódios de sono involuntários durante o dia), deterioração da qualidade do estado de vigília (isto é, propensão para dormir durante o estado de vigília, o que é demonstrado pela dificuldade em acordar ou manter-se acordado quando necessário) e inércia do sono (isto é, um período de desempenho deficitário e diminuição da vigilância após despertar de um episódio de sono regular ou de uma sesta) (Critério A). Os indivíduos com esta perturbação adormecem rapidamente e têm uma boa eficiência do sono (>90%). Podem ter dificuldade em acordar de manhã, parecendo por vezes confusos, combativos ou atáxicos. Este défice prolongado em manter-se alerta na transição sono vigília é com frequência denominado *inércia do sono* (isto é, «bebedeira» de sono). Esta situação também pode ocorrer ao acordar de uma sesta diurna. Durante esse período, o indivíduo parece desperto, mas há um declínio na destreza motora, o comportamento pode ser muito inapropriado e podem ocorrer défices de memória, desorientação têmporo-espacial e sensações de desequilíbrio. Este período pode durar de alguns minutos a algumas horas.

A necessidade persistente de dormir pode gerar um comportamento automático (do tipo muito rotineiro e de baixa complexidade) que o indivíduo adota e do qual pouco ou nada se recorda posteriormente. Por exemplo, os indivíduos conduzem durante vários quilómetros a partir do ponto em que se encontravam, sem terem consciência do modo de condução «automática» que adotaram nos minutos precedentes. No caso de certos indivíduos com perturbação de hipersonolência, o principal episódio de sono (que para a maioria dos indivíduos é de sono noturno) tem a duração de 9 horas ou mais. Porém, muitas vezes o sono é pouco reparador, sendo seguido por dificuldade em despertar de manhã. Outros indivíduos com perturbação de hipersonolência têm o episódio principal de sono com uma duração noturna normal (6-9 horas). Nestes casos, a sonolência excessiva caracteriza-se por várias sestas diurnas inadvertidas. Estas sestas diurnas tendem a ser relativamente longas (durando

com frequência uma hora ou mais), experienciadas como não reparadoras (isto é, não refrescam o indivíduo), e não melhoram o estado de alerta. Os indivíduos com hipersonolência fazem sestas diurnas quase todos os dias, independentemente da duração do sono noturno. A qualidade subjetiva do sono pode, ou não, ser relatada como boa. Os indivíduos tipicamente sentem a sonolência a aumentar durante um certo período de tempo, em vez de terem um «ataque» súbito de sono. Os episódios de sono não intencionais ocorrem tipicamente em situações de baixa estimulação e reduzida atividade (por exemplo, enquanto assistem a conferências, quando estão a ler, a ver televisão ou a conduzir durante longas distâncias), mas em casos mais graves também podem ocorrer em situações de elevada estimulação, como no trabalho, em reuniões ou em encontros sociais.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O sono não reparador, o comportamento automático, as dificuldade em despertar de manhã e a inércia do sono, embora sejam comuns na perturbação de hipersonolência, também podem ser observados em diversas condições, incluindo a narcolepsia. Aproximadamente 80% dos indivíduos com hipersonolência relatam que o seu sono é pouco reparador e têm dificuldade em despertar de manhã. A inércia do sono, embora menos comum (observada em 36%-50% dos indivíduos com perturbação de hipersonolência) é altamente específica de hipersonolência. As sestas de curta duração (isto é, inferiores a 30 minutos) são com frequência pouco reparadoras. Os indivíduos com hipersonolência parecem muitas vezes sonolentos e chegam a adormecer na sala de espera do consultório.

Um subgrupo de indivíduos com perturbação de hipersonolência tem história familiar de hipersonolência e também tem disfunção do sistema nervoso autónomo, incluindo cefaleias recorrentes do tipo vascular, reatividade do sistema vascular periférico (fenómeno de Raynaud) e desfalecimento.

Prevalência

Aproximadamente 5%-10% dos indivíduos que recorrem a uma consulta especializada do sono, com queixas de sonolência diurna excessiva, recebem o diagnóstico de perturbação de hipersonolência. Estima-se que cerca de 1% da população europeia e dos EUA tem episódios de inércia do sono. A hipersonolência ocorre com frequência relativamente semelhante em ambos os sexos.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação de hipersonolência tem uma evolução persistente, com agravamento progressivo dos sintomas. Nos casos mais extremos, os episódios de sono podem durar até 20 horas. No entanto, o tempo médio é em geral 9 1/2 horas. Embora os indivíduos com hipersonolência consigam reduzir o tempo de sono durante os dias de trabalho, o tempo de sono é aumentado nos fins-de-semana e períodos de férias (até 3 horas). Em 40% dos casos os despertares são muito difíceis e acompanhados por episódios de inércia do sono. Na maioria dos casos, a hipersonolência manifesta-se francamente no fim da adolescência e no início da idade adulta, com uma idade média de início entre os 17 e os 24 anos. Os indivíduos com perturbação de hipersonolência são diagnosticados, em média, 10 a 15 anos depois do aparecimento dos primeiros sintomas. Os casos pediátricos são raros.

A hipersonolência tem um início progressivo, sendo os primeiros sintomas diagnosticados entre os 15 e os 25 anos, com uma progressão gradual ao longo de semanas ou meses.

Na maioria dos casos o curso mantém-se estável e persistente, a menos que seja iniciado um tratamento. O desenvolvimento de outras perturbações do sono (por exemplo, perturbação do sono relacionada com a respiração) pode agravar o grau de sonolência. Embora a hiperatividade possa ser um dos sinais de apresentação de sonolência diurna em crianças, as sestas voluntárias aumentam com a idade. Este fenómeno normal é distinto da hipersonolência.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A hipersonolência pode aumentar temporariamente na presença de stress psicológico e uso de álcool, mas estes não foram documentados com sendo fatores ambientais precipitantes. Em cerca de 10% dos casos há relatos de infeções virais terem precedido ou acompanhado a hipersonolência. As infeccções virais, tais como a pneumonia secundária ao VIH, a mononucleose infeciosa e a síndrome de Guillain-Barré também podem evoluir para hipersonolência no espaço de alguns meses após a infeção. A hipersonolência também pode manifestar-se 6-18 meses após a ocorrência de um traumatismo craniano.

Genéticos e fisiológicos. A hipersonolência pode ser familiar, com um modo de hereditariedade autossómico dominante.

Marcadores de Diagnóstico

A polissonografia noturna demonstra um tempo de sono normal a aumentado, curta latência do sono e continuidade de sono normal ou aumentada. A distribuição do sono com movimentos rápidos dos olhos (sono REM) também é normal. A eficiência do sono é superior a 90%. Alguns indivíduos com perturbação de hipersonolência apresentam aumento do sono de ondas lentas. Os testes de latências múltiplas do sono documentam tendência para o sono, o que é em geral indicado por valores médios de latência do sono inferiores a 8 minutos. Na perturbação de hipersonolência o tempo de latência do sono é em média inferior a 10 minutos, e com frequência de 8 minutos, ou menos. Os períodos sono REM no início do sono (SOREMPs; isto é, ocorrência de sono REM 20 minutos após adormecer) podem estar presentes, mas ocorrem menos de 2 vezes em 4 ou 5 oportunidades para fazer sestas.

Consequências Funcionais da Perturbação de Hipersonolência

A diminuição do estado de alerta que ocorre enquanto o indivíduo luta contra a necessidade de dormir pode provocar diminuição da eficiência, da capacidade de concentração e da memória durante as atividades de vida diárias. A hipersonolência pode causar mal-estar significativo e disfunção laboral e das relações sociais. O sono noturno prolongado e a dificuldade em despertar podem dar origem a dificuldades em cumprir as obrigações matinais, tais como chegar ao trabalho a horas. Os episódios de sono diurno não intencionais podem ser embaraçosos e até mesmo perigosos, se, por exemplo, o indivíduo estiver a conduzir ou a trabalhar com máquinas.

Diagnóstico Diferencial

Variações normativas do padrão de sono. A duração «normal» do sono varia consideravelmente na população geral. Os *longsleepers* (indivíduos que necessitam de uma quantidade de sono superior à média) não têm sonolência excessiva, inércia do sono ou comportamento automático quando conseguem satisfazer o tempo de sono noturno de que necessitam. O sono é descrito como reparador. Se as atividades sociais ou ocupacionais produzirem o encurtamento

do sono noturno, podem aparecer sintomas durante o dia. Na perturbação de hipersonolência, pelo contrário, surgem sintomas de sonolência excessiva independentemente da duração do sono noturno. Uma quantidade inadequada de sono noturno, ou *síndrome do sono insuficiente induzida comportamentalmente*, pode originar sintomas de sonolência diurna excessiva, muito semelhantes aos da hipersonolência. Uma duração média de sono inferior a 7 horas por noite sugere fortemente um sono noturno inadequado e uma duração média superior a 9-10 horas de sono por período de 24 horas sugere hipersonolência. Os indivíduos com um sono noturno inadequado em geral «põem o sono em dia» por meio de períodos de sono mais prolongados nos dias em que não têm compromissos sociais ou ocupacionais, ou quando estão em férias. Ao contrário da hipersonolência, é improvável que o sono noturno insuficiente se mantenha constante durante décadas. O diagnóstico de perturbação de hipersonolência não deve ser feito se existirem dúvidas em relação à adequação do sono noturno. A triagem diagnóstica e terapêutica da extensão do sono, durante 10-14 dias, pode muitas vezes clarificar o diagnóstico.

Má qualidade de sono e fadiga. A perturbação de hipersonolência deve ser distinguida da sonolência excessiva relacionada com a quantidade ou a qualidade de sono inadequadas, e da fadiga (isto é, cansaço não necessariamente aliviado pelo aumento do sono, nem relacionado com a quantidade ou qualidade do sono). A sonolência e a fadiga excessivas são difíceis de distinguir e podem sobrepor-se consideravelmente.

Perturbação do sono relacionada com a respiração. Os indivíduos com hipersonolência e perturbações do sono relacionadas com a respiração podem ter padrões semelhantes de sonolência excessiva. As perturbações do sono relacionadas com a respiração são sugeridas por história de ressonar alto, pausas da respiração durante o sono, lesão cerebral ou doença cardiovascular, e presença de obesidade, anomalias anatómicas da orofaringe, hipertensão ou insuficiência cardíaca ao exame objetivo. Os estudos polissonográficos podem confirmar a presença de episódios de apneia na presença de perturbação do sono relacionada com a respiração (e a sua ausência na perturbação de hipersonolência).

Perturbação do ritmo circadiano sono-vigília. As perturbações do ritmo circadiano sono-vigília são com frequência caracterizadas por sonolência diurna. Uma história de horário anormal sono-vigília (com mudanças de hora ou horas irregulares) está presente em indivíduos com perturbação do ritmo circadiano sono-vigília.

Parassónias. As parassónias raramente produzem o sono noturno prolongado e sem perturbações ou a sonolência diurna característicos da perturbação de hipersonolência.

Outras perturbações mentais. A perturbação de hipersonolência deve ser distinguida de perturbações mentais que têm a hipersonolência como característica essencial ou associada. Em particular, podem ocorrer queixas de sonolência diurna excessiva num episódio depressivo major, com características atípicas, e na fase depressiva da perturbação bipolar. A avaliação de outras perturbações mentais é essencial antes de se considerar o diagnóstico de perturbação de hipersonolência. Este diagnóstico pode ser feito na presença de outra perturbação mental, atual ou passada.

Comorbilidades

A hipersonolência pode estar associada com perturbações depressivas, perturbações bipolares (durante um episódio depressivo) e perturbação depressiva major, com padrão sazonal. Muitos indivíduos com perturbação de hipersonolência têm sintomas de depressão que podem

preencher os critérios de perturbação depressiva. Esta apresentação pode estar relacionada com as consequências psicossociais relacionadas com o aumento persistente da necessidade de dormir. Os indivíduos com perturbação de hipersonolência têm também risco aumentado de desenvolver perturbações relacionadas com substâncias, em especial automedicação com estimulantes. Esta ausência generalizada de especificidade pode contribuir para perfis muito heterogéneos entre indivíduos cujos sintomas preenchem os mesmos critérios de diagnóstico de perturbação de hipersonolência. Estados neurodegenerativos, tais como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e atrofia multissistémica, também podem estar associados com hipersonolência.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*) reconhece 9 subtipos de «hipersónias de origem central», incluindo hipersónia recorrente (síndrome de Kleine-Levin).

Narcolepsia

Critérios de Diagnóstico

A. Períodos recorrentes de necessidade irreprimível de dormir, de cair no sono ou fazer sestas, que ocorrem ao longo do mesmo dia. Estes devem ter ocorrido pelo menos 3 vezes por semana durante os últimos 3 meses.
B. Presença de pelo menos 1 dos seguintes:
   1. Episódios de cataplexia, definida como (a) ou (b), que ocorrem pelo menos algumas vezes por mês:
      a. Nos indivíduos com doença de longa duração, breves (segundos a minutos) episódios de perda súbita bilateral do tónus muscular, com manutenção da consciência, que são precipitados pelo riso ou divertimento.
      b. Em crianças ou em indivíduos no espaço de 6 meses após a apresentação, episódios de caretas espontâneas ou abrir a boca com deglutição atípica ou uma hipotonia global, sem quaisquer desencadeadores emocionais óbvios.
   2. Deficiência de hipocretina, medida através dos valores de imunorreactividade de hipocretina-1 no líquido cefalorraquidiano (LCR) (inferior ou igual a 1/3 do valor obtido em indivíduos saudáveis usando a mesma análise, ou inferior ou igual a 110 pg/ml). Níveis baixos de hipocretina-1 no LCR não devem ser valorizados se ocorrerem no contexto de lesão, inflamação ou infeção cerebral.
   3. Polissonografia do sono noturno que mostre latência do sono REM igual ou inferior a 15 minutos, ou um teste de latências múltiplas do sono que revele uma latência média inferior ou igual a 8 minutos e 2 ou mais períodos de sono REM após adormecer.

Especificar se:

347.00 (G47.419) Narcolepsia sem cataplexia, mas com deficiência de hipocretina. São preenchidos os requisitos do critério B, de baixos níveis de hipocretina-1 no LCR e teste de latências múltiplas do sono ou polissonografia positivos, mas sem estar presente cataplexia (o critério B1 não é preenchido).

347.01 (G47.411) Narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina. Neste subtipo raro de narcolepsia (menos de 5% dos casos de narcolepsia), são preenchidos os

requisitos do critério B para cataplexia e teste de latências múltiplas do sono ou polissonografia positivos, mas os níveis de hipocretina-1 no LCR estão normais (o critério B2 não é preenchido).

347.00 (G47.419) Ataxia cerebelosa autossómica dominante, surdez e narcolepsia. Este subtipo é causado por mutações do exão 21 ADN (citosina-5)-metiltransferase1 e caracteriza-se por início tardio (por volta dos 30-40 anos) de narcolepsia (com níveis baixos ou intermédios de hipocretina-1 no LCR), surdez, ataxia cerebelosa e eventualmente demência.

347.00 (G47.419) Narcolepsia autossómica dominante, obesidade e diabetes tipo 2. Foram descritos narcolepsia, obesidade e diabetes tipo 2, bem como baixos níveis de hipocretina-1 no LCR, em casos raros e que estão associados à mutação no gene da glicoproteína da mielina oligodendrítica.

347.10 (G47.429) Narcolepsia secundária a outra condição médica. Este subtipo corresponde à narcolepsia que se desenvolve secundariamente a condições que causam a destruição infeciosa (por exemplo, doença de Whipple, sarcoidose), traumática ou tumoral de neurónios produtores de hipocretina.

Nota de codificação (para a ICD-9 codificar apenas **347.10**). Codificar primeiro a condição médica subjacente (por exemplo, **040.2** doença de Whipple; **347.10** narcolepsia secundária a doença de Whipple).

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Cataplexia não frequente (menos de 1 vez por semana), necessidade de fazer sestas apenas 1 ou 2 vezes por dia e sono noturno menos perturbado.

Moderada. Cataplexia 1 vez por dia ou com alguns dias de intervalo, perturbação do sono noturno e necessidade de múltiplas sestas ao longo do dia.

Grave. Cataplexia resistente à medicação, com múltiplos ataques diários, sonolência quase constante e sono noturno perturbado (por exemplo, movimentos, insónia e sonhos vívidos).

Subtipos

Na narcolepsia sem cataplexia, mas com deficiência de hipocretina, podem ser relatados sintomas pouco claros de tipo cataplexia (por exemplo, os sintomas não são desencadeados por emoções e são invulgarmente duradouros). Em casos muitíssimo raros, os níveis de hipocretina-1 no LCR são baixos e os testes de latências múltiplas do sono/polissonografia são negativos: aconselha-se a repetição do teste antes de estabelecer o subtipo de diagnóstico. Na narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina, os testes para o antigénio leucocitário humano (HLA) DQB1*06:02 podem ser negativos. Convulsões, quedas com outras causas e perturbação de conversão (perturbação de sintoma neurológico funcional) devem ser excluídas. Na narcolepsia secundária a destruição infeciosa (por exemplo, doença de Whipple), traumática ou tumoral dos neurónios produtores de hipocretina, os resultados do (HLA) DQB1*06:02 podem ser positivos e resultar da causa desencadeante do processo autoimune. Noutros casos, a destruição dos neurónios produtores de hipocretina pode ser secundária a traumatismo ou cirurgia hipotalâmica. No entanto, traumatismos cranianos e infeções do sistema nervoso central podem causar diminuição transitória dos níveis de hipocretina-1 no LCR, sem perda de células produtoras de hipocretina, o que pode complicar o diagnóstico.

Características de Diagnóstico

As características essenciais de sonolência na narcolepsia são sestas diurnas ou cair no sono de forma recorrente. A sonolência ocorre tipicamente todos os dias, mas deverá ocorrer pelo

menos 3 vezes por semana durante pelo menos 3 meses (Critério A). Em geral, a narcolepsia produz cataplexia, que na maioria dos casos se manifesta sob a forma de episódios curtos (segundos a minutos) de perda súbita bilateral do tónus muscular, precipitados por emoções fortes como o riso ou o divertimento. Os músculos afetados podem incluir os do pescoço, da mandíbula, dos braços, das pernas ou do corpo inteiro, resultando em balanceio da cabeça, queda da mandíbula ou quedas completas. Os indivíduos mantêm-se despertos e conscientes durante a cataplexia. Para preencher o critério B1(a), a cataplexia deve ser desencadeada pelo riso ou divertimento e deve ocorrer pelo menos algumas vezes por mês quando o quadro ainda não foi tratado ou nas mesmas condições no passado.

A cataplexia não deve ser confundida com a «fraqueza» que ocorre no contexto de atividades físicas (fisiológica) ou exclusivamente devido a desencadeantes emocionais invulgares, como stress ou ansiedade (o que sugere uma possível psicopatologia). É improvável que os episódios que duram horas ou dias, ou os que não são desencadeados por emoções, sejam narcolepsia, tal como não o é rolar pelo chão durante riso histérico.

Em crianças, no início dos sintomas, a apresentação pode ser atípica, afetando primariamente a face, originando caretas ou abrir a boca com deglutição atípica («faces cataplécticas»). Em alternativa, a cataplexia pode estar presente, como forma de hipotonia contínua de baixo grau. Nestes casos o critério B1(b) pode ser preenchido em crianças ou indivíduos no espaço de 6 meses após um início rápido.

A narcolepsia-cataplexia resulta quase sempre da perda de células hipotalâmicas produtoras de hipocretina (orexina), causando deficiência de hipocretina (inferior ou igual a 1/3 do valor controlo, ou 110 pg/ml na maioria dos laboratórios). A perda de células tem provavelmente causa autoimune e cerca de 99% dos indivíduos afetados são portadores da mutação HLA-DQB1*06:02 (*versus* 12%-38% dos indivíduos de controlo). Assim, pode ser útil verificar se está presente a mutação HLA DQB1*06:02 antes de se realizar punção lombar para determinar a inumorreactividade da hipocretina-1 no LCR. Raramente, ocorrem níveis baixos de hipocretina-1 no LCR na ausência de cataplexia, nomeadamente em jovens que possam vir a desenvolvê-la mais tarde. A avaliação dos níveis de hipocretina-1 representa a norma-padrão, exceto quando condições graves associadas (neurológicas, inflamatórias, infeciosas ou traumáticas) possam interferir com este exame.

O estudo polissonográfico do sono noturno e o teste de latências múltiplas do sono também podem ser utilizados para confirmar o diagnóstico (Critério B3). Estes testes devem ser realizados após o indivíduo ter suspendido todos os medicamentos psicotrópicos e após 2 semanas de sono adequado (documentado através de diários do sono ou actigrafia). A latência de sono REM (períodos de sono REM no início do sono, latência do sono REM igual ou inferior a 15 minutos) durante a polissonografia é suficiente para confirmar o diagnóstico e preencher o critério B3. Em alternativa, o resultado do teste de latências múltiplas do sono pode ser positivo, mostrando uma latência do sono média igual ou inferior a 8 minutos e 2 ou mais períodos de sono REM após adormecer, em 4 a 5 sestas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Quando a sonolência é grave, podem ocorrer comportamentos automáticos, em que os indivíduos mantêm a suas atividades de forma semiautomática, toldada, sem disso se recordarem ou terem consciência. Cerca de 20%-60% das pessoas têm alucinações hipnagógicas vívidas quando estão a adormecer ou alucinações hipnopômpicas quando estão a acordar. Estas alucinações são distintas da atividade mental de tipo sonho não alucinatória, menos

vívida, que ocorre no início do sono nos indivíduos que dormem normalmente. Sonhos vívidos e pesadelos são também frequentes na narcolepsia, tal como a perturbação do comportamento do sono REM. Cerca de 20%-60% dos indivíduos experienciam paralisia do sono ao adormecer ou acordar, deixando-os despertos, mas incapazes de falar ou de se movimentarem. Porém, muitas pessoas que dormem normalmente também reportam paralisia do sono, sobretudo em situações de stress ou de privação do sono. Pode ocorrer vontade de comer durante a noite. A obesidade é comum. A disrupção do sono noturno com frequentes despertares longos ou breves ao longo da noite é comum e pode ser incapacitante.

Os indivíduos podem parecer sonolentos ou adormecer enquanto aguardam na sala de espera ou durante a observação. Durante um episódio de cataplexia, os indivíduos podem afundar-se numa cadeira e ter discurso empastado e queda palpebral. Se o clínico tiver oportunidade de testar os reflexos durante um episódio de cataplexia (a maioria dos ataques duram menos de 10 segundos) verificará que estes estão abolidos – um achado importante que pode ajudar a distinguir uma genuína cataplexia da perturbação de conversão.

Prevalência

A narcolepsia-cataplexia afeta 0,02%-0,04% da população geral, na maioria dos países. A narcolepsia afeta ambos os géneros, possivelmente com uma ligeira preponderância do género masculino.

Desenvolvimento e Curso

Em geral o início dos sintomas ocorre em crianças e adolescentes/adultos jovens, mas raramente nos adultos mais velhos. Parecem existir dois picos de início, um aos 15-25 anos e outro aos 30-35 anos. O início pode ser súbito ou progressivo (ao longo de vários anos). A gravidade é maior quando o início é súbito e ocorre em crianças, diminuindo depois com a idade ou o tratamento, de forma que sintomas como a cataplexia podem ocasionalmente desaparecer. O início em crianças pequenas pré-puberes pode estar associado a obesidade ou puberdade prematura, um fenótipo mais frequentemente observado a partir de 2009. Em adolescentes, o início é mais difícil de esclarecer. O início em adultos é muitas vezes pouco claro e alguns indivíduos relatam ter tido sonolência excessiva desde o nascimento. Uma vez manifestada a perturbação, o seu curso é persistente e crónico.

Em 90% dos casos, o primeiro sintoma a manifestar-se é a sonolência ou o aumento do sono, seguidos por cataplexia (no espaço de 1 ano em 50% dos casos e no espaço de 3 anos em 85%). Sonolência, alucinações hipnagógicas, sonhos vívidos e alterações do comportamento do sono REM (movimentos excessivos durante o sono REM) são sintomas iniciais. O sono excessivo progride rapidamente para a incapacidade de se manter acordado durante o dia e para manter a boa qualidade do sono noturno, sem um aumento claro da necessidade total de sono ao longo das 24 horas. Nos primeiros meses, a cataplexia pode ser atípica, em especial em crianças. A paralisia do sono desenvolve-se em geral em torno da puberdade, nas crianças com início pré-pubertário. As exacerbações dos sintomas sugerem má adesão à medicação ou o desenvolvimento de outra perturbação do sono concomitante, nomeadamente a apneia do sono.

As crianças pequenas e os adolescentes com narcolepsia desenvolvem com frequência agressividade ou problemas comportamentais secundários à sonolência e/ou disrupção do sono noturno. A carga de trabalho e a pressão social aumentam ao longo da escola secundária e ensino superior, reduzindo o tempo disponível para dormir à noite. A gravidez não

parece modificar os sintomas de forma consistente. Após a reforma ou aposentação, os indivíduos passam a ter mais oportunidade para fazer sestas, reduzindo a necessidade de estimulantes. A manutenção de um horário regular de sono é benéfico em todas as idades.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Parassónias, como o sonambulismo, o bruxismo, a perturbação do comportamento do sono REM e a enurese, podem ser mais comuns nos indivíduos que desenvolvem narcolepsia. Muitas vezes estes indivíduos referem ter maior necessidade de dormir do que os outros membros da família.

Ambientais. A infeção da garganta por estreptococos do grupo A, a *influenza* (sobretudo a estirpe pandémica H1N1 2009), ou outras infeções de inverno, são desencadeadores prováveis do processo autoimune, produzindo narcolepsia alguns meses mais tarde. O traumatismo craniano ou as alterações abruptas dos padrões sono-vigília (por exemplo, mudança de emprego, stress) podem ser desencadeadores adicionais.

Genéticos e fisiológicos. Os gémeos monozigóticos são concordantes para a narcolepsia em 25%-32%. A prevalência da narcolepsia em parentes de primeiro grau é de cerca de 1%-2% (um aumento global de 10 a 40 vezes). A narcolepsia está fortemente associada à mutação HLA DQB1*06:02 (99% contra 12%-38% nos indivíduos de controlo de vários grupos étnicos, e 25% na população geral dos EUA). A mutação DQB1*03:01 aumenta o risco, enquanto a presença das mutações DQB1*05:01, DQB1*06:01 e DQB1*06:03 diminui o risco em presença da mutação HLA DQB1*06:02, mas o efeito é reduzido. Os polimorfismos no gene alfa do recetor das células T e outros genes moduladores da resposta imune também modulam o risco ligeiramente.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A narcolepsia foi descrita em todos os grupos étnicos e em muitas culturas. Nos afro-americanos apresentam-se mais casos sem cataplexia ou com cataplexia atípica, o que complica o diagnóstico, em especial na presença de obesidade e apneia obstrutiva do sono.

Marcadores de Diagnóstico

A imagiologia funcional sugere a existência de respostas hipotalâmicas deficitárias aos estímulos humorais. A polissonografia noturna, seguida pelo teste de latências múltiplas do sono, é utilizada para confirmar o diagnóstico de narcolepsia, em especial quando esta perturbação está a ser diagnosticada pela primeira vez e antes de o tratamento ser iniciado, e se a deficiência de hipocretina não tiver sido documentada bioquimicamente. Estes testes devem ser realizados depois de o indivíduo já não estar a tomar qualquer medicamento psicotrópico, e depois de estar documentada a ocorrência de padrões regulares sono-vigília, sem mudanças de turno nem privação do sono.

Um período de sono REM durante a polissonografia (latência do sono REM igual ou inferior a 15 minutos) durante a polissonografia é altamente específico (cerca de 1% de resultados positivos nos indivíduos de controlo), mas moderadamente sensível (cerca de 50%). O teste de latências múltiplas do sono positivo revela uma latência do sono média igual ou inferior a 8 minutos, e períodos de sono REM em 2 ou mais sestas, num teste de 4 ou 5 sestas. O resultado do MLST é positivo em 90%-95% dos indivíduos com narcolepsia, contra 2%-4% nos indivíduos de controlo ou indivíduos com outras perturbações do sono. Outros

achados polissonográficos incluem despertares frequentes, diminuição da eficiência do sono e aumento da fase 1 do sono. Os movimentos periódicos dos membros (observados em 40% dos indivíduos com narcolepsia) e a apneia de sono são também com frequência notados.

A deficiência de hipocretina é determinada medindo a imunorreactividade da hipocretina-1 no LCR. Este teste é especialmente útil no caso de indivíduos com suspeita de perturbação de conversão e nos que não têm cataplexia típica, ou ainda em casos refratários ao tratamento. O valor diagnóstico deste teste não é afetado por medicamentos, privação de sono ou horário circadiano, mas os achados não são interpretáveis se o indivíduo estiver gravemente doente com uma infeção concomitante, com traumatismo craniano ou comatoso. A citologia do LCR, as proteínas e a glicose encontram-se dentro dos valores normais, mesmo quando a colheita é realizada semanas depois de um início rápido. Nestes casos incipientes, já é característico que os níveis de hipocretina-1 estejam muito diminuídos ou sejam mesmo indetetáveis.

Consequências Funcionais da Narcolepsia

A condução e as atividades ocupacionais estão afetadas e os indivíduos com narcolepsia devem evitar atividades que os coloquem a si mesmos (por exemplo, trabalhar com máquinas) ou os outros (por exemplo, condutor de autocarros ou piloto) em perigo. Logo que a narcolepsia esteja controlada pela terapia, os indivíduos podem em geral conduzir, mas não sozinhos em distâncias muito longas. Os indivíduos não tratados estão também sob risco de isolamento social e de acidentalmente se ferirem a si próprios ou a terceiros. As relações sociais podem ser afetadas negativamente, dado que estes indivíduos lutam para evitar a cataplexia, exercendo controlo sobre as emoções.

Diagnóstico Diferencial

Outras hipersónias. A hipersonolência e a narcolepsia assemelham-se no que respeita ao grau de sonolência diurna, idade de início e evolução estável ao longo do tempo, mas podem distinguir-se com base em diferentes características clínicas e laboratoriais. Em geral, os indivíduos com hipersonolência têm um sono noturno mais prolongado e menos perturbado, maior dificuldade em acordar, sonolência diurna mais persistente (em oposição aos «ataques de sono» mais discretos que ocorrem na narcolepsia), episódios de sono diurno mais prolongados e menos reparadores e poucos ou nenhuns sonhos durante as sestas diurnas. Em contrapartida, os indivíduos com narcolepsia têm cataplexia e intrusões recorrentes de elementos do sono REM na transição entre o sono e a vigília (por exemplo, alucinações relacionadas com o sono e paralisia do sono). Nos indivíduos com narcolepsia o teste de latências múltiplas do sono revela tipicamente latências do sono mais breves (isto é, maior sonolência fisiológica), bem como a presença de múltiplos períodos de sono REM no início do sono, em indivíduos com narcolepsia.

Privação de sono e sono noturno insuficiente. A privação do sono e o sono noturno insuficiente são comuns em adolescentes e pessoas que trabalham por turnos. Nos adolescentes a dificuldade em adormecer à noite é frequente, causando privação de sono. O resultado do teste de latências múltiplas do sono pode ser positivo, se for realizado enquanto o indivíduo está privado de sono, ou o seu sono tiver atraso de fase.

Síndromes de apneia do sono. As apneias do sono são especialmente prováveis em caso de obesidade. Como a apneia obstrutiva do sono é mais frequente que a narcolepsia, a cataplexia

pode ser negligenciada (ou estar ausente) e assume-se que o indivíduo tem apneia obstrutiva do sono que não responde às terapias habituais.

Perturbação depressiva major. A narcolepsia e a hipersonolência podem estar associadas ou ser confundidas com a depressão. A cataplexia não está presente na depressão. O teste de latências múltiplas do sono é normal na maioria dos casos e ocorre uma dissociação entre a sonolência objetiva e subjetiva, medida pela média da latência do sono evidenciada no teste de latências múltiplas do sono.

Perturbação de conversão (perturbação de sintoma neurológico funcional). Podem estar presentes características atípicas, tais como episódios prolongados de cataplexia e fatores precipitadores pouco usuais, na perturbação de conversão. Os indivíduos podem relatar ter dormido e sonhado, mas o teste de latências múltiplas do sono não evidencia episódios característicos de sono REM no início do sono. Pode ocorrer pseudocataplexia franca e de longa duração durante a consulta, permitindo ao médico o tempo suficiente para testar os reflexos, que se mantêm conservados.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou outros problemas comportamentais. Em crianças e adolescentes a sonolência pode provocar problemas do comportamento, incluindo agressividade e desatenção, o que pode conduzir ao diagnóstico errado de perturbação de hiperatividade/défice de atenção.

Convulsões. Em crianças pequenas, a cataplexia pode ser erradamente diagnosticada como convulsões. As convulsões não são em regra precipitadas por emoções fortes e, quando o são, o desencadeante não é o riso ou o divertimento. Durante as convulsões os indivíduos têm maior probabilidade de se magoarem ao cair. As convulsões caracterizadas por atonia isolada só raro ocorrem isoladamente de outras convulsões, e em regra também são registadas no eletrencefalograma.

Coreia e perturbações dos movimentos. Em crianças pequenas a cataplexia pode ser erradamente diagnosticada como coreia ou perturbações neuropsiquiátricas autoimunes pediátricas associadas com infeções por estreptococos, sobretudo no contexto de infeção da garganta e níveis elevados de anticorpos antiestreptolisina O. Algumas crianças podem ter uma perturbação dos movimentos sobreposta proximamente ao início da cataplexia.

Esquizofrenia. Na presença de alucinações hipnagógicas floridas e vívidas, os indivíduos podem acreditar que estas experiências são reais – uma característica sugestiva de esquizofrenia. Do mesmo modo, o tratamento com estimulantes poderá levar ao desenvolvimento de ideias delirantes de tipo persecutório. Se estiver presente cataplexia, o clínico deve começar por admitir que estes sintomas são secundários à narcolepsia, antes de considerar o diagnóstico concomitante de esquizofrenia.

Comorbilidades

A narcolepsia pode ocorrer concomitantemente com perturbações bipolar, depressiva e da ansiedade, e, em casos raros, com esquizofrenia. A narcolepsia também está associada com o aumento do índice de massa corporal ou obesidade, em especial quando não é tratada. O aumento rápido de peso é frequente em crianças mais novas com início súbito da doença. Deve considerar-se que existe apneia do sono comórbida se ocorrer agravamento súbito da narcolepsia preexistente.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD 2*), distingue 5 subtipos de narcolepsia.

Perturbações do Sono Relacionadas com a Respiração

A categoria das perturbações do sono relacionadas com a respiração inclui 3 perturbações relativamente distintas: apneia/hipopneia obstrutiva do sono, apneia do sono central e hipoventilação relacionada com o sono.

Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono

Critérios de Diagnóstico **327.23 (G47.33)**

A. Deve estar presente (1) ou (2):
   1. Evidência, por polissonografia, de pelo menos 5 apneias ou hipopneias por cada hora de sono e a presença de 1 dos seguintes sintomas:
      a. Perturbações da respiração noturna: ressonar, resfolegar/arquejar ou pausas respiratórias durante o sono.
      b. Sonolência diurna, fadiga ou sono não reparador apesar de oportunidades suficientes para dormir, que não são mais bem explicados por outra perturbação mental (incluindo uma perturbação do sono) e que não são atribuíveis a outra condição médica.
   2. Evidência, por polissonografia, de 15 ou mais apneias e/ou hipopneias obstrutivas por cada hora de sono, independentemente de sintomas acompanhantes.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. O índice de apneia-hipopneia é inferior a 15.

Moderada. O índice de apneia-hipopneia é de 15-30.

Grave. O índice de apneia-hipopneia é superior a 30.

Especificadores

A gravidade da doença mede-se pela contagem de apneias mais hipopneias por hora de sono (índice de apneia-hipopneia) utilizando polissonografia ou outro meio de monitorização durante a noite. A gravidade global é também caracterizada pelos níveis de dessaturação noturna e de fragmentação do sono (medida pela frequência da ativação cortical cerebral e fases do sono) e grau dos sintomas associados e do défice diurno. Porém, os números exatos e os limiares podem variar de acordo com as técnicas de medição específicas utilizadas e podem mudar ao longo do tempo. Independentemente do índice (contagem) de apneia/hipopneia *per se*, considera-se que a perturbação é mais grave quando as apneias e hipopneias são acompanhadas por dessaturação significativa de oxigénio na hemoglobina (por exemplo, quando mais de 10% do tempo de sono é passado em dessaturações inferiores a 90%), ou quando o sono é muito fragmentado, como demonstrado por um elevado índice

de ativação (índice de ativação superior a 30) ou redução das fases do sono profundo (por exemplo, percentagem da fase N3 [sono de ondas lentas] inferior a 5%).

Características de Diagnóstico

A síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva é a perturbação do sono relacionada com a respiração mais comum. Caracteriza-se por episódios repetidos de obstrução (apneias e hipopneias) das vias aéreas superiores (faríngeas) durante o sono. O termo *apneia* designa a ausência total de fluxo de ar e *hipopneia* designa uma redução desse fluxo. Cada apneia ou hipopneia representa uma redução da respiração de cerca de 10 segundos de duração em adultos ou de 2 respirações perdidas nas crianças, e está tipicamente associada a quedas da saturação de oxigénio de 3% ou mais e/ou ativação eletrencefalográfica. Os sintomas, quer relacionados com o sono (noturnos) quer diurnos, são comuns. Os sintomas cardinais de apneia-hipopneia obstrutiva do sono são o ressonar e a sonolência diurna.

A apneia-hipopneia obstrutiva do sono em adultos é diagnosticada através dos achados polissonográficos e dos sintomas. O diagnóstico baseia-se em sintomas de: 1) perturbações respiratórias noturnas (isto é, ressonar, resfolegar/arquejar, e pausas respiratórias durante o sono), ou 2) sonolência diurna, fadiga ou sono não reparador apesar de oportunidades suficientes para dormir, que não são mais bem explicados por outra perturbação mental e que não são atribuíveis a outra condição médica, juntamente com 3) evidência, por polissonografia, de 5 ou mais apneias ou hipopneias por cada hora de sono (Critério A1). O diagnóstico pode ser feito na ausência destes sintomas se houver evidência, através da polissonografia, de 15 ou mais apneias e/ou hipopneias obstrutivas por cada hora de sono (Critério A2).

Deve prestar-se atenção específica à perturbação do sono que ocorra em associação com o ressonar ou pausas respiratórias e achados físicos que aumentam o risco de apneia-hipopneia obstrutiva do sono (por exemplo, obesidade central, vias aéreas faríngeas sobrecarregadas, tensão arterial elevada) para reduzir a probabilidade de diagnosticar erradamente esta situação tratável.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Devido aos despertares noturnos que ocorrem na apneia-hipopneia obstrutiva do sono, os indivíduos podem relatar sintomas de insónia. Outros sintomas comuns, embora não específicos, de apneia-hipopneia obstrutiva do sono são azia, nictúria, cefaleias matinais, boca seca, disfunção eréctil e diminuição da libido. Raramente, os indivíduos podem também queixar-se de dificuldade em respirar quando estão deitados em supinação ou a dormir. Pode ocorrer hipertensão em mais de 60% dos indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono.

Prevalência

A apneia-hipopneia obstrutiva do sono é uma perturbação muito comum, que afeta pelo menos 15%-2% das crianças, 25%-15% dos adultos de meia-idade e mais de 20% dos indivíduos mais velhos. Na comunidade geral, as taxas de prevalência da síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono não diagnosticada podem ser muito elevadas em indivíduos mais velhos. Como esta síndrome está fortemente associada à obesidade, é provável que o aumento das taxas de obesidade seja acompanhado pelo aumento da prevalência desta perturbação. A prevalência pode ser maior nos indivíduos do género masculino, adultos mais velhos e certos grupos raciais/étnicos. Em adultos, o rácio entre o género masculino

e feminino de apneia-hipopneia obstrutiva do sono varia entre 2:1 e 4:1. Com o envelhecimento, as diferenças entre géneros declinam, provavelmente devido ao aumento da prevalência nas mulheres depois da menopausa. Não existe diferença entre géneros em crianças na fase pré-púbere.

Desenvolvimento e Curso

A distribuição por idade da apneia-hipopneia obstrutiva do sono faz-se em forma de J. Existe um pico em crianças entre os 3 e os 8 anos, quando a nasofaringe pode estar comprometida por uma massa relativamente grande de tecido amigdalino, quando comparada com o tamanho da via aérea superior. Com o crescimento da via aérea e a regressão do tecido linfoide no fim da infância, a prevalência diminui. Posteriormente, à medida que a prevalência da obesidade aumenta na meia-idade e com a entrada das mulheres na menopausa, a apneia-hipopneia obstrutiva do sono volta a aumentar. A evolução em idades mais avançadas é incerta; a perturbação pode estabilizar após os 65 anos, mas noutros indivíduos a sua prevalência pode aumentar com o avanço da idade. Como há um certo grau de dependência da idade da ocorrência de apneias e hipopneias, os resultados polissonográficos devem ser interpretados à luz de outros dados clínicos. Em particular, sintomas clinicamente significativos de insónia ou hipersonolência devem ser investigados, independentemente da idade do indivíduo.

Tipicamente, o ressonar alto está presente há muitos anos, com frequência desde a infância, mas um aumento da sua gravidade pode levar o indivíduo a procurar avaliação. O aumento de peso pode precipitar um aumento dos sintomas. Embora a apneia-hipopneia obstrutiva do sono possa ocorrer em qualquer idade, na maioria dos casos manifesta-se pelos 40-60 anos. Ao longo de 4-5 anos, o índice médio de apneia-hipopneia aumenta nos adultos e indivíduos mais velhos em aproximadamente 2 apneias-hipopneias por hora. O índice de apneia-hipopneia está aumentado e a apneia-hipopneia do sono superveniente é maior em indivíduos mais velhos, do género masculino, ou que à partida têm maior índice de massa corporal (IMC), ou cujo IMC aumente com o tempo. Tem sido relatada a resolução espontânea da apneia-hipopneia do sono com a perda de peso, sobretudo após cirurgia bariátrica. Nas crianças têm sido descritas variações sazonais, bem como uma melhoria dos sintomas com o crescimento.

Nas crianças mais novas, os sinais e sintomas de apneia-hipopneia obstrutiva do sono podem ser mais subtis do que nos adultos, dificultando o diagnóstico. A polissonografia é útil para confirmar o diagnóstico. A evidência de fragmentação do sono no polissonograma pode não ser tão evidente como nos estudos de indivíduos mais velhos, possivelmente devido ao impulso homeostático dos indivíduos mais jovens. Sintomas como o ressonar são em regra relatados pelos pais, facto que lhes confere baixa sensibilidade. Podem ocorrer despertares agitados e posturas invulgares durante o sono, tais como dormir de gatas. Também pode ocorrer enurese noturna, o que deve levantar a suspeita de apneia-hipopneia obstrutiva do sono se ocorrer em crianças que até então não urinavam na cama. As crianças podem manifestar excessiva sonolência diurna, embora isso não seja tão comum ou pronunciado como nos adultos. Outras características comuns nas crianças são respirar pela boca durante o dia, ter dificuldade em deglutir e na articulação da fala. As crianças com menos de 5 anos apresentam mais vezes sintomas noturnos, tais como apneias e respiração em esforço, do que alterações do comportamento (isto é, os sintomas noturnos são mais notáveis e levam mais vezes as crianças à atenção clínica). Nas crianças com mais de 5 anos, os sintomas diurnos como sonolência e problemas do comportamento (por exemplo, impulsividade e hiperativi-

dade), perturbação de hiperatividade/défice de atenção, dificuldades de aprendizagem e cefaleias matinais são mais frequentemente o foco de preocupação.

As crianças com apneia-hipopneia obstrutiva do sono também podem «não se desenvolver» ou apresentar atrasos do desenvolvimento. Nas crianças mais novas a obesidade é um fator de risco menos frequente, mas podem estar presentes «défices de desenvolvimento» ou atraso do crescimento.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Os principais fatores de risco de apneia-hipopneia obstrutiva do sono são a obesidade e o género masculino. Outros fatores incluem retrognatia ou micrognatia maxilomandibular, história familiar positiva de apneia do sono, síndromes genéticas que reduzem a capacidade das vias aéreas superiores (por exemplo, síndrome de Down, síndrome de Treacher Collin), hipertrofia adenoamigdalina (em especial em crianças mais novas), menopausa (nas mulheres) e várias síndromes endocrinológicas (por exemplo, acromegalia). Em comparação com as mulheres na pré-menopausa, os homens têm risco aumentado de desenvolver apneia-hipopneia obstrutiva do sono, o que possivelmente reflete a influência das hormonas sexuais no controlo ventilatório e na distribuição da gordura corporal, bem como devido a diferenças estruturais das vias aéreas relacionadas com a diferença de género. Os medicamentos para perturbações mentais e condições médicas que tendem a induzir sonolência podem agravar o curso dos sintomas de apneia, caso não sejam geridos com cuidado.

A apneia-hipopneia obstrutiva do sono tem uma forte base genética, o que é evidenciado pela significativa agregação familiar do índice de apneia-hipopneia. A prevalência de apneia-hipopneia obstrutiva do sono é aproximadamente duas vezes mais elevada em familiares em primeiro grau dos probandos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono, em comparação com os membros das famílias de controlo. Cerca de um terço da variância do índice de apneia-hipopneia é explicado por fatores familiares comuns. Embora não estejam ainda disponíveis marcadores genéticos com valor diagnóstico ou prognóstico, a história familiar positiva de apneia-hipopneia obstrutiva do sono deve levantar a suspeita desta perturbação.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existe um potencial de sonolência e fadiga que são relatadas de forma diferente por diferentes culturas. Em certos grupos, o ressonar pode ser considerado como um sinal de saúde e, por isso, não dar origem a preocupações. Os indivíduos de ascendência asiática podem ter um risco aumentado de desenvolverem apneia-hipopneia obstrutiva do sono, apesar de um índice de massa corporal relativamente baixo, o que provavelmente reflete a influência dos fatores de risco craniofaciais que estreitam a nasofaringe.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As mulheres relatam mais frequentemente fadiga do que sonolência e os seus relatos de ressonarem podem pecar por defeito.

Marcadores de Diagnóstico

A polissonografia fornece dados quantitativos sobre a frequência de perturbações respiratórias relacionadas com o sono e as alterações da saturação de oxigénio que lhe estão associadas, bem como sobre a continuidade do sono. Os achados polissonográficos das crianças

diferem dos adultos, como sejam a presença de respiração laboriosa, hipoventilação obstrutiva parcial com dessaturações cíclicas, hipercapnia e movimentos paradoxais. Níveis do índice de apneia-hipopneia tão baixos como 2 são utilizados para definir o limiar das anomalias em crianças.

Os valores da gasometria arterial enquanto o indivíduo está acordado são normais, mas alguns indivíduos poderão ter hipoxemia ou hipercapnia ao despertar. Este padrão deve alertar o médico para a possibilidade de doença pulmonar ou hipoventilação concomitantes. A imagiologia também pode revelar estreitamento das vias aéreas superiores. Os testes cardíacos podem mostrar défice da função ventricular. Os indivíduos com dessaturação de oxigénio noturna grave podem também ter elevação dos níveis de hemoglobina ou hematócrito. Os instrumentos de medida do sono validados (por exemplo, teste de latências múltiplas do sono, teste da manutenção da vigília) podem ser úteis para identificar a sonolência.

Consequências Funcionais da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono

Mais de 50% dos indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono moderada a grave relatam sonolência diurna. Foi relatado um aumento para o dobro do risco de acidentes ocupacionais em associação com sintomas de ressonar e sonolência. Também foi relatado um risco 7 vezes maior de acidentes de viação entre indivíduos com valores elevados do índice de apneia-hipopneia. Os clínicos devem ser conhecedores da legislação relativa ao dever de comunicação desta perturbação, em especial no que se refere aos motoristas profissionais. A diminuição das classificações em instrumentos de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde é comum em indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono, com decréscimos maiores nas subescalas física e de vitalidade.

Diagnóstico Diferencial

Ressonar primário e outras perturbações do sono. Os indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono devem ser distinguidos dos que têm ressonar primário (isto é, indivíduos de resto assintomáticos que ressonam e que não apresentam alterações no registo polissonográfico noturno). Os indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono podem também relatar respiração arquejante ou sensação de asfixia. A presença de sonolência e outros sintomas diurnos, que não são explicados por outras etiologias, podem sugerir o diagnóstico de apneia-hipopneia obstrutiva do sono, mas esta distinção exige a polissonografia. O diagnóstico diferencial definitivo entre hipersónia, apneia do sono central, hipoventilação relacionada com o sono e apneia-hipopneia obstrutiva do sono também exige estudos polissonográficos.

A apneia-hipopneia obstrutiva do sono deve ser distinguida de outras causas de sonolência, tais como narcolepsia, hipersónia e perturbações do ritmo circadiano do sono. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono pode ser distinguida da narcolepsia pela ausência de cataplexia, alucinações relacionadas com o sono e paralisia do sono e pela presença de ressonar alto, respiração arquejante durante o sono ou pela observação de apneias durante o sono. Os episódios de sono diurnos na narcolepsia são caracteristicamente mais breves, mais reparadores e mais frequentemente associados com sonhos. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono apresenta apneias e hipopneias características e dessaturação de oxigénio nos estudos polissonográficos noturnos. Na narcolepsia estão presentes múltiplos períodos de sono REM após adormecer, detetados através do teste de latências múltiplas do sono. A narcolepsia, tal

como a apneia-hipopneia obstrutiva do sono, pode estar associada à obesidade e alguns indivíduos têm narcolepsia e apneia-hipopneia obstrutiva do sono concomitantes. O diagnóstico de narcolepsia não exclui o diagnóstico de apneia-hipopneia obstrutiva do sono, dado que estas duas condições podem ocorrer em simultâneo.

Perturbação de insónia. Nos indivíduos que se queixam de dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou de despertares de madrugada, a perturbação de insónia pode ser distinguida da apneia hipopneia obstrutiva do sono pela ausência de ressonar e pela ausência da história, sinais e sintomas característicos desta última perturbação. Porém, a insónia e a apneia-hipopneia obstrutiva do sono podem coexistir e, se assim for, podem ter de ser abordadas concomitantemente para melhorar o sono.

Ataques de pânico. Os ataques de pânico noturnos podem incluir sintomas de respiração ofegante e sensação de asfixia durante o sono, o que pode ser difícil de distinguir clinicamente da apneia-hipopneia obstrutiva do sono. Porém, a mais baixa frequência dos episódios, a intensa ativação autonómica e a ausência de sonolência excessiva distinguem os ataques de pânico noturnos da apneia-hipopneia obstrutiva do sono. A polissonografia dos indivíduos com ataques de pânico não revela o padrão típico de apneias ou a dessaturação de oxigénio característica da apneia-hipopneia obstrutiva do sono. Os indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono não relatam história de ataques de pânico diurnos.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em crianças pode incluir sintomas de desatenção, défice académico, hiperatividade e comportamentos de internalização, sendo que todos podem também ser sintomas de apneia-hipopneia obstrutiva do sono infantil. A presença de outros sinais e sintomas de apneia-hipopneia obstrutiva do sono infantil (por exemplo, respiração laboriosa ou ressonar durante o sono e hipertrofia adenoamigdalina) pode sugerir a ocorrência de síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono e a perturbação de hiperatividade/défice de atenção podem coexistir frequentemente, e podem existir nexos causais entre ambas; assim, fatores de risco como hipertrofia das amígdalas, obesidade ou história familiar de apneia do sono podem ajudar a alertar o clínico para a sua coocorrência.

Insónia ou hipersónia induzidas por substância/medicamento. O uso e a abstinência de substâncias (incluindo medicamentos) podem provocar insónia ou hipersónia. Uma história cuidadosa é em regra suficiente para identificar a substância/medicamento relevante, e o seguimento mostra a melhoria da perturbação do sono após a descontinuação da substância responsável. Noutros casos, demonstrou-se que o uso de substâncias/medicamentos (por exemplo, álcool, barbitúricos, benzodiazepinas, tabaco) exacerba a apneia-hipopneia obstrutiva do sono. Um indivíduo com sinais e sintomas consistentes com apneia-hipopneia obstrutiva do sono deverá receber esse diagnóstico, mesmo em presença de uso de substâncias concomitante que esteja a exacerbar a condição.

Comorbilidades

A hipertensão arterial sistémica, a doença coronária, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral, a diabetes e o aumento da mortalidade estão consistentemente associados com a apneia-hipopneia obstrutiva do sono. As estimativas de risco variam entre 30% e 300% para a apneia-hipopneia obstrutiva do sono moderada a grave. A evidência de hipertensão

pulmonar e insuficiência cardíaca direita (por exemplo, *cor pulmonale*, edema do tornozelo e congestão hepática) é rara na apneia-hipopneia obstrutiva do sono, e, quando qualquer uma delas estiver presente, tal indica doença muito grave ou hipoventilação pulmonar associada ou comorbilidades cardiopulmonares. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono também pode ocorrer, com frequência aumentada, em associação com um certo número de condições médicas ou neurológicas (por exemplo, doença cerebrovascular, doença de Parkinson). Os achados físicos refletem a coocorrência destas condições.

Cerca de um terço dos indivíduos referenciados para avaliação de apneia-hipopneia obstrutiva do sono relata sintomas depressivos e tantos como 10% têm classificações nos instrumentos de avaliação consistentes com depressão moderada a grave. Verificou-se que a gravidade da apneia-hipopneia obstrutiva do sono, medida através do índice de apneia-hipopneia, está correlacionada com a gravidade dos sintomas de depressão. Esta associação pode ser mais forte nos homens do que nas mulheres.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*) distingue 11 subtipos de «perturbações da respiração relacionadas com o sono», incluindo apneia do sono central primária, apneia-hipopneia obstrutiva do sono e hipoventilação relacionada com o sono.

Apneia do Sono Central

Critérios de Diagnóstico

A. Evidência, através da polissonografia, de 5 ou mais apneias centrais por hora de sono.

B. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação do sono atual.

Especificar se:

327.21 (G47.31) Apneia do sono central idiopática. Caracterizada por episódios repetidos de apneia ou hipopneia durante o sono, causados por variabilidade do esforço respiratório, mas sem evidência de obstrução das vias aéreas.

786.04 (R06.3) Respiração de Cheyne-Stokes. Um padrão de variação periódica em crescendo-decrescendo do volume corrente, do qual resultam apneias e hipopneias centrais, com uma frequência de pelo menos 5 eventos por hora, acompanhados por ativação frequente.

780.57 (G47.37) Apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos. A patogénese deste subtipo é atribuída aos efeitos dos opiáceos nos geradores do ritmo respiratório na medula, bem como aos efeitos diferenciais no impulso respiratório hipercápnico ou hipóxico.

Nota de codificação (apenas para o código **780.57 [G47.37]**). Quando estiver presente uma perturbação de uso de opiáceos, esta deve ser codificada em primeiro lugar: **305.50 (F11.10)** para a perturbação de uso de opiáceos ligeira, ou **304.00 (F11.20)** para a perturbação de uso de opiáceos moderada a grave; codificar em seguida **780.57 (G47.37)** apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos. Quando não estiver presente uma perturbação de uso de opiáceos (por exemplo, após um episódio único de consumo maciço da substância) codificar apenas **780.57 (G 47.37)** apneia do sono central com uso comórbido de opiáceos.

Nota. Ver a secção «Características de Diagnóstico» no texto.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade da apneia do sono central é determinada de acordo com a frequência das perturbações da respiração, bem como com o grau de dessaturação de oxigénio e fragmentação do sono associados, que ocorrem em consequência das perturbações respiratórias repetitivas.

Subtipos

A apneia do sono central idiopática e a respiração de Cheyne-Stokes são caracterizadas por maior ganho do controlo do sistema ventilatório, também referido como *loop gain* elevado, o que conduz a uma instabilidade da ventilação e dos níveis de $PaCO_2$. Esta instabilidade chama-se *respiração periódica* e pode ser reconhecida por hiperventilação que alterna com hipoventilação. Tipicamente, os indivíduos com estas perturbações têm níveis de pCO_2 quando acordados que são ligeiramente hipocápnicos ou normocápnicos. A apneia do sono central também se pode manifestar no início do tratamento da síndrome de apneia hipopneia obstrutiva do sono, ou ocorrer em associação com esta última (o que se designa como *apneia do sono complexa*). Também se considera que esta associação se deve à ocorrência de *loop gain* elevado. Em oposição, a patogénese da apneia do sono central comórbida com o uso de opiáceos tem sido atribuída aos efeitos dos opiáceos nos geradores do ritmo respiratório na medula, bem como aos seus efeitos diferenciais no impulso respiratório hipóxico *versus* hipercápnico. Estes indivíduos podem ter, enquanto estão acordados, níveis elevados de pCO_2. Tem sido notado que os indivíduos em terapia de manutenção crónica com metadona têm aumento da sonolência e depressão, embora o papel das perturbações da respiração associadas com a medicação com opiáceos na causalidade destes problemas não tenha sido estudado.

Especificadores

O aumento do índice da apneia do sono central (isto é, do número de apneias centrais por cada hora de sono) reflete um aumento da gravidade da apneia do sono central. A qualidade e a continuidade do sono podem estar marcadamente deficitárias, com diminuição das fases reparadoras de sono não REM (ou seja, diminuição do sono de ondas lentas, [estádio N3]). Nos indivíduos com respiração de Cheyne-Stokes grave, o padrão também pode ser observado durante a vigília em repouso, um achado que se julga ser um marcador de mau prognóstico quanto à mortalidade.

Características de Diagnóstico

As perturbações de apneia do sono central caracterizam-se por episódios repetidos de apneias e hipopneias durante o sono, causadas pela variabilidade do esforço respiratório. Estas são perturbações do controlo ventilatório, nas quais os eventos respiratórios ocorrem segundo um padrão periódico ou intermitente. A *apneia do sono central idiopática* caracteriza-se por sonolência, insónia e despertares devido à dispneia, em associação com 5 ou mais apneias centrais por hora de sono. As apneias do sono central que ocorrem em indivíduos com insuficiência cardíaca, AVC ou insuficiência renal, têm em geral um padrão de respiração chamado *respiração de Cheyne-Stokes*, que se caracteriza por um padrão de variação periódica, em crescendo-decrescendo, do volume corrente, que resulta em apneias e hipopneias centrais, que ocorrem com uma frequência de pelo menos 5 episódios por hora, que são acompanhados por ativações frequentes. A apneia do sono central e a apneia do sono obstrutiva

podem coexistir; o rácio de apneias-hipopneias centrais relativamente às obstrutivas pode ser utilizado para identificar qual é a condição predominante.

As alterações do controlo neuromuscular da respiração podem ocorrer em associação com medicamentos ou substâncias usados em indivíduos com perturbações mentais, que podem causar ou exacerbar alterações do ritmo respiratório e da ventilação. Os indivíduos que estão a tomar estes medicamentos têm uma perturbação da respiração relacionada com o sono, que pode contribuir para as perturbações do sono e sintomas como sonolência, confusão e depressão. Especificamente, o uso crónico de medicamentos opiáceos de ação prolongada está com frequência associado com défice do controlo respiratório que provoca apneia do sono central.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com apneia-hipopneia do sono central podem manifestar sonolência ou insónia. Pode haver queixas de fragmentação do sono, incluindo despertares com dispneia. Alguns indivíduos são assintomáticos. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono pode coexistir com respiração de Cheyne-Stokes e, por esta razão, poderão observar-se durante o sono ressonar e apneias que terminam abruptamente.

Prevalência

A prevalência da apneia do sono central idiopática é desconhecida, mas julga-se que é rara. A prevalência da respiração de Cheyne-Stokes é elevada em indivíduos com fração de ejeção ventricular diminuída. Em indivíduos com uma fração de ejeção ventricular inferior a 45%, a prevalência relatada é igual ou superior a 20%. O rácio género masculino-género feminino para a prevalência é ainda mais desviada para os homens do que para a síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono. A prevalência aumenta com a idade e a maioria dos doentes tem mais de 60 anos. A respiração de Cheyne-Stokes ocorre em aproximadamente 20% dos indivíduos com acidente vascular cerebral. A apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos ocorre em cerca de 30% dos indivíduos que tomam de forma crónica opiáceos para o tratamento de dor não maligna ou que estão a fazer tratamento de substituição com metadona.

Desenvolvimento e Curso

O início da respiração de Cheyne-Stokes parece estar ligado ao desenvolvimento de insuficiência cardíaca. O padrão de respiração de Cheyne-Stokes está associado com oscilações da frequência cardíaca, da tensão arterial e da saturação de oxigénio, e com atividade elevada do sistema nervoso simpático que pode promover a progressão da insuficiência cardíaca. O significado clínico da respiração de Cheyne-Stokes no estabelecimento do AVC é desconhecido, mas a respiração de Cheyne-Stokes pode ser um achado transitório, que resolve com o tempo depois de um AVC agudo. A apneia do sono central comórbida com o uso de opiáceos tem sido documentada quando há uso crónico (isto é, vários meses).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A respiração de Cheyne-Stokes está muitas vezes presente nos indivíduos com insuficiência cardíaca. A coexistência de fibrilação auricular aumenta o risco, tal como o género masculino e a idade avançada. A respiração de Cheyne-Stokes também é

observada em associação com AVC agudo e possivelmente insuficiência renal. A instabilidade ventilatória subjacente, que ocorre no quadro da insuficiência cardíaca, tem sido atribuída ao aumento da quimiossensibilidade ventilatória e hiperventilação devido a congestão vascular pulmonar e atraso circulatório. A apneia do sono central observa-se em indivíduos que tomem opiáceos de ação prolongada.

Marcadores de Diagnóstico

Os achados físicos observados em indivíduos com um padrão de respiração de Cheyne-Stokes relacionam-se com os fatores de risco desta última. Podem estar presentes achados consistentes com insuficiência cardíaca, tais como distensão venosa jugular, som cardíaco S3, fervores pulmonares e edema distal das extremidades. A polissonografia é utilizada para caracterizar os atributos da respiração de cada subtipo de perturbação de sono relacionada com a respiração. As apneias do sono central são registadas quando ocorrem pausas respiratórias superiores a 10 segundos. A respiração de Cheyne-Stokes caracteriza-se por um padrão de variação periódica em crescendo-decrescendo do volume corrente, que resultam em apneias e hipopneias centrais que ocorrem com uma frequência de pelo menos 5 even tos por hora, que são acompanhados por ativações frequentes. A duração do ciclo da respiração de Cheyne-Stokes (ou tempo que decorre entre o final de uma apneia central e o final da apneia seguinte) é de 60 segundos.

Consequências Funcionais da Apneia do Sono Central

Existem relatos de que a apneia do sono central idiopática provoca sintomas de disrupção do sono, incluindo insónia e sonolência. A respiração de Cheyne-Stokes comórbida com insuficiência cardíaca tem sido associada com sonolência excessiva, fadiga e insónia, embora muitos indivíduos possam ser assintomáticos. A coexistência de insuficiência cardíaca e a respiração de Cheyne-Stokes podem estar associadas com aumento de arritmias cardíacas e aumento da mortalidade ou transplante cardíaco. A apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos pode apresentar sintomas de sonolência excessiva ou insónia.

Diagnóstico Diferencial

A apneia do sono central idiopática deve ser distinguida de outras perturbações do sono relacionadas com a respiração, de outras perturbações do sono e de condições médicas ou perturbações mentais que provocam fragmentação do sono, sonolência e fadiga, o que se consegue por meio da polissonografia.

Outras perturbações do sono relacionadas com a respiração e outras perturbações do sono. A apneia do sono central pode distinguir-se da apneia-hipopneia obstrutiva do sono pela ocorrência de pelo menos 5 apneias centrais por hora de sono. Estas condições podem coocorrer, mas a apneia do sono central é considerada predominante quando o rácio de eventos respiratórios obstrutivos centrais excede os 50%.

A respiração de Cheyne-Stokes pode distinguir-se de outras perturbações mentais, incluindo outras perturbações do sono, e de outras condições médicas que provocam fragmentação do sono, sonolência e fadiga, com base na presença de uma condição predisponente (por exemplo, insuficiência cardíaca ou AVC) e sinais e evidência polissonográfica do padrão característico de respiração. Os achados respiratórios polissonográficos podem ajudar a distinguir a respiração de Cheyne-Stokes da insónia devida a outras condições médicas.

A respiração periódica em grande altitude tem um padrão que se assemelha à respiração de Cheyne-Stokes, mas a duração do ciclo é mais breve, ocorrendo somente em grande altitude e não está associada a insuficiência cardíaca.

A apneia do sono central com o uso comórbido de opiáceos pode distinguir-se de outros tipos de perturbações do sono relacionadas com a respiração, com base no uso de medicamentos opiáceos de ação prolongada, em conjunto com evidência polissonográfica de apneias centrais e respiração periódica ou atáxica. Pode ser distinguida da insónia devida ao uso de substâncias/fármacos com base na evidência polissonográfica de apneia do sono central.

Comorbilidades

As perturbações de apneia do sono central estão frequentemente presentes em indivíduos que usam opiáceos de ação prolongada, tais como a metadona. Os indivíduos que tomam estes medicamentos têm uma perturbação da respiração relacionada com o sono que pode contribuir para perturbações do sono e sintomas como sonolência, confusão e depressão. Quando o indivíduo está a dormir podem ser observados padrões de respiração tais como apneias centrais, apneias periódicas e respiração atáxica. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono pode coexistir com a apneia do sono central e podem também estar presentes características consistentes com esta condição (ver «Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono» anteriormente descrita neste capítulo). A respiração de Cheyne-Stokes é mais frequentemente observada em associação com condições que incluem insuficiência cardíaca, AVC e insuficiência renal, e é mais frequente em indivíduos com fibrilação auricular. Os indivíduos com respiração de Cheyne-Stokes são mais provavelmente do género masculino, mais velhos e com peso mais baixo que os indivíduos com apneia-hipopneia obstrutiva do sono.

Hipoventilação Relacionada com o Sono

Critérios de Diagnóstico

A. A polissonografia demonstra a existência de episódios de diminuição da respiração associados com níveis elevados de CO_2. (**Nota**. Na ausência de uma medida objetiva dos níveis de CO_2, níveis persistentemente baixos de saturação de oxigénio na hemoglobina na ausência de eventos apneicos/hipopneicos poderão indicar hipoventilação).

B. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação do sono.

Especificar se:

327.24 (G47.34) Hipoventilação idiopática. Este subtipo não é atribuível a qualquer condição prontamente identificada.

327.25 (G47.35) Hipoventilação alveolar central congénita. Este subtipo é uma perturbação congénita rara na qual o indivíduo apresenta tipicamente no período perinatal respiração superficial ou cianose e apneia durante o sono.

327.26 (G47.36) Hipoventilação relacionada com o sono comórbida. Este subtipo ocorre em consequência de uma condição médica, como uma doença pulmonar (por exemplo, doença pulmonar intersticial, doença pulmonar obstrutiva crónica) ou uma perturbação neuromuscular ou da parede torácica (por exemplo, distrofias musculares, síndrome pós-poliomielite, lesão da medula cervical, cifoescoliose) ou medicamentos (por exemplo, benzodiazepinas, opiáceos).

Também ocorre na obesidade (perturbação de hipoventilação associada à obesidade), caso em que ela reflete uma combinação do aumento do esforço respiratório, devido à diminuição da complacência da parede torácica, e a disparidade ventilação-perfusão e redução variável do impulso respiratório. Em geral estes indivíduos caracterizam-se por um índice de massa corporal superior a 30 e hipercapnia durante o estado de vigília (com uma pCO_2 superior a 45), sem outra evidência de hipoventilação.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade do quadro é determinada de acordo com o grau de hipoxemia e hipercarbia presente durante o sono e pela evidência de lesão num órgão-alvo devido a estas anomalias (por exemplo, insuficiência cardíaca direita). A presença de anomalias na gasimetria durante a vigília é um indicador de maior gravidade.

Subtipos

No que se refere à perturbação de hipoventilação relacionada com a obesidade, a prevalência na população geral não é conhecida, mas julga-se que esteja a aumentar em associação com o aumento da prevalência de obesidade e obesidade mórbida.

Características de Diagnóstico

A hipoventilação relacionada com o sono pode ocorrer independentemente ou, mais frequentemente, associada com perturbações médicas ou neurológicas, uso de medicamentos ou perturbação de uso de substâncias. Apesar de a existência de sintomas não ser obrigatória para se fazer o diagnóstico, os indivíduos relatam com frequência sonolência diurna excessiva, ativações e despertares frequentes durante o sono, cefaleias matinais e queixas de insónia.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com hipoventilação relacionada com o sono podem apresentar queixas relacionadas com o sono, nomeadamente insónia ou sonolência. Podem ocorrer episódios de ortopneia em indivíduos com fragilidade diafragmática. Podem estar presentes cefaleias matinais. Durante o sono, podem observar-se episódios de respiração superficial, que podem coexistir com apneia-hipopneia obstrutiva do sono ou apneia do sono central. Podem estar presentes consequências de insuficiência ventilatória, incluindo hipertensão pulmonar, *cor pulmonale* (insuficiência ventricular direita), policitemia e disfunção neurocognitiva. Com a progressão da insuficiência ventilatória, as alterações da gasimetria estendem-se à vigília. Também podem estar presentes características da condição médica que provoca a hipoventilação relacionada com o sono. Episódios de hipoventilação podem estar associados com ativações frequentes e braditaquicardia. Os indivíduos podem queixar-se de sonolência excessiva e insónia, cefaleias matinais ou apresentar achados de disfunção neurocognitiva ou depressão. A hipoventilação pode não estar presente durante a vigília.

Prevalência

A hipoventilação relacionada com o sono idiopática em adultos é muito rara. A prevalência da hipoventilação alveolar central congénita é desconhecida, mas a perturbação é rara. A hipoventilação relacionada com o sono comórbida (isto é, hipoventilação comórbida com outras condições, tais como doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC], perturbações neuromusculares, ou obesidade) é mais comum.

Desenvolvimento e Curso

Julga-se que a hipoventilação relacionada com o sono idiopática seja uma perturbação com evolução lentamente progressiva de défice respiratório. Quando esta perturbação ocorre na presença de outras perturbações (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crónica, perturbações neuromusculares, obesidade), a gravidade da doença reflete a gravidade da condição subjacente e a perturbação progride à medida que a condição piora. Complicações tais como hipertensão pulmonar, *cor pulmonale*, disritmias cardíacas, policitemia, disfunção neurocognitiva e agravamento da insuficiência respiratória podem desenvolver-se com o aumento da gravidade das anomalias dos gases do sangue.

A hipoventilação alveolar central congénita manifesta-se em geral à nascença pela presença de respiração superficial, errática ou ausente. Esta perturbação também se pode manifestar na infância, na adolescência ou na idade adulta devido a penetrância variável da mutação *PHOX2B*. As crianças com hipoventilação alveolar central congénita têm maior probabilidade de sofrerem perturbações do sistema nervoso autónomo, doença de Hirschsprung, tumores com origem na crista neural e a face em forma de caixa característica (a altura da face é curta em relação à sua largura).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. O impulso ventilatório pode estar diminuído em indivíduos que usam depressores do sistema nervoso central, incluindo benzodiazepinas, opiáceos e álcool.

Genéticos e fisiológicos. A hipoventilação relacionada com o sono idiopática está associada com a diminuição do impulso ventilatório devida ao embotamento da quimiorresponsividade ao CO_2 (redução do impulso respiratório, isto é, «não vou respirar»), o que reflete os défices neurológicos subjacentes nos centros que governam o controlo da ventilação. Mais comummente, a hipoventilação relacionada com o sono é comórbida com outra condição médica, tal como perturbação pulmonar, uma perturbação neuromuscular ou da parede torácica, ou hipotiroidismo ou com o uso de medicamentos (por exemplo, benzodiazepinas, opiáceos). Nestas condições, a hipoventilação pode ser uma consequência do aumento do esforço respiratório e/ou défice da função muscular respiratória (isto é, «não consigo respirar») ou de diminuição do impulso respiratório (isto é, «não vou respirar»).

As perturbações neuromusculares influenciam a respiração pelo défice que causam na inervação motora respiratória ou na função muscular respiratória. Elas incluem condições como esclerose lateral amiotrófica, lesão da medula espinal, paralisia diafragmática, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton, miopatias metabólicas ou tóxicas, síndrome pós-poliomielite e síndrome de Charcot- Marie-Tooth.

A hipoventilação alveolar central congénita é uma doença genética atribuível a mutações *PHOX2B*, um gene crucial para o desenvolvimento embrionário do sistema nervoso autónomo e dos derivados da crista neural. As crianças com hipoventilação alveolar central congénita apresentam embotamento da resposta ventilatória à hipercapnia, especialmente durante o sono não REM.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As distribuições de género da hipoventilação relacionada com o sono que ocorrem em associação com outras condições comórbidas refletem as distribuições de género dessas condições comórbidas. Por exemplo, a doença pulmonar obstrutiva crónica está mais frequentemente presente no género nasculino e com o aumento da idade.

Marcadores de Diagnóstico

A hipoventilação relacionada com o sono é diagnosticada através da polissonografia, que demonstra a existência de hipoxemia e hipercapnia que não são mais bem explicadas por outra perturbação do sono relacionada com a respiração. A norma-padrão para o diagnóstico é a documentação do aumento dos valores de pCO_2 para níveis superiores a 55 mm*Hg* durante o sono ou um aumento da pCO_2 igual ou superior a 10 mm*Hg* (para um nível que também exceda 50 mm*Hg*) durante o sono, em comparação com os valores durante a vigília em posição supina, durante 10 minutos ou mais. Porém, a realização de gasimetria do sangue arterial durante o sono é impraticável e os métodos não invasivos de medição da pCO_2 não foram adequadamente validados para uso durante o sono e não são em geral utilizados na realização de polissonografia em adultos. A diminuição prolongada e sustentada da saturação de oxigénio (saturação de oxigénio inferior a 90% durante mais de 5 minutos, com valor mínimo de pelo menos 85% ou saturação de oxigénio inferior a 90% durante 30% do tempo de sono) na ausência de evidência de obstrução das vias aéreas superiores é com frequência usada como indicador de hipoventilação relacionada com o sono; no entanto, este achado não é específico, dado que existem outras causas potenciais de hipoxemia, tais como as que são devidas a doença pulmonar.

Consequências Funcionais da Hipoventilação Relacionada com o Sono

As consequências da hipoventilação relacionada com o sono estão relacionadas com os efeitos da exposição crónica a hipoxemia e hipercapnia. Estas alterações dos gases sanguíneos provocam vasoconstrição da vasculatura pulmonar originando hipertensão pulmonar, que, se for grave, pode provocar insuficiência ventricular direita (*cor pulmonale*). A hipoxemia pode levar à disfunção de órgãos como o cérebro, o sangue e o coração, levando a disfunção cognitiva, policitemia e arritmias cardíacas. A hipercapnia pode deprimir o impulso respiratório, com consequente insuficiência respiratória progressiva.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas que afetam a ventilação. Em adultos, a variante idiopática de hipoventilação relacionada com o sono é muito rara e é determinada pela exclusão da presença de doenças pulmonares, malformações esqueléticas, perturbações neuromusculares ou outras perturbações médicas e neurológicas que afetam a ventilação. A hipoventilação relacionada com o sono deve distinguir-se de outras causas de hipoxemia relacionada com o sono, tais como as que são devidas a doença pulmonar.

Outras perturbações do sono relacionadas com a respiração. A hipoventilação relacionada com o sono pode ser distinguida da apneia-hipopneia obstrutiva do sono e da apneia do sono central com base nas características clínicas e achados da polissonografia. A hipoventilação relacionada com o sono mostra períodos mais sustentados de dessaturação de oxigénio, em vez dos episódios periódicos observados na apneia-hipopneia obstrutiva do sono e na apneia do sono central. A apneia-hipopneia obstrutiva do sono e a apneia do sono central também mostram um padrão de episódios discretos de diminuições repetidas do fluxo de ar, que podem estar ausentes na hipoventilação relacionada com o sono.

Comorbilidades

A hipoventilação relacionada com o sono ocorre muitas vezes em associação com uma perturbação pulmonar (por exemplo, doença pulmonar intersticial, doença pulmonar obstrutiva

crónica), com uma perturbação neuromuscular ou perturbação da parede torácica (por exemplo, distrofias musculares, síndrome pós-poliomielite, lesão da medula cervical, obesidade, cifoescoliose), ou, o que é mais relevante para o prestador de cuidados de saúde mental, com o uso de medicação (por exemplo, benzodiazepinas, opiáceos). A hipoventilação alveolar central congénita ocorre muitas vezes em associação com disfunção do sistema nervoso autónomo e pode ocorrer em associação com a doença de Hirschsprung. A doença pulmonar obstrutiva crónica, uma perturbação de obstrução das vias aéreas inferiores em regra associada ao tabagismo, pode resultar em hipoventilação relacionada com o sono e hipoxemia. Julga-se que a coexistência com a apneia hipopneia obstrutiva do sono exacerba a hipoxemia e a hipercapnia durante o sono e a vigília. A relação entre a hipoventilação alveolar central congénita e a hipoventilação relacionada com o sono idiopática não é clara; nalguns indivíduos, a hipoventilação relacionada com o sono idiopática pode representar casos de hipoventilação alveolar central congénita com início tardio.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*) integra a hipoventilação relacionada com o sono e a hipoxemia relacionada com o sono, na categoria das síndromes de hipoventilação/hipoxemia relacionadas com o sono. Esta abordagem à classificação reflete a frequente coocorrência de perturbações que conduzem a hipoventilação e hipoxemia. Em contraste, a classificação utilizada no DSM-5 reflete a evidência de que existem processos patogenéticos relacionados com o sono que originam hipoventilação.

Perturbações do Ritmo Circadiano de Sono-Vigília

Critérios de Diagnóstico

A. Um padrão persistente ou recorrente de disrupção do sono que é primariamente devido a uma alteração do sistema circadiano ou desalinhamento entre o ritmo circadiano endógeno e o horário de sono-vigília requerido pelo ambiente físico ou horário social ou ocupacional do indivíduo.
B. A disrupção do sono origina sonolência excessiva ou insónia, ou ambas.
C. A alteração do padrão de sono causa mal-estar clinicamente significativo ou défice do funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

Nota de codificação. No caso da ICD-9-CM codificar **307.45** para todos os subtipos. No caso da ICD-10-CM a codificação baseia-se no subtipo.

Especificar se:

307.45 (G47.21) Tipo atraso de fase do sono. Padrão de atraso na hora de início do sono e de despertar, com incapacidade para adormecer ou acordar à hora desejada ou convencionalmente aceitável.

Especificar se:

Familiar. Está presente história familiar de atraso de fase.

Especificar se:

Sobreposição com tipo sono-vigília diferente de 24 horas. O tipo atraso de fase pode sobrepor-se a outra perturbação do ritmo circadiano do sono, o tipo sono-vigília diferente de 24 horas.

307.45 (G47.22) Tipo avanço de fase do sono. Padrão em que ocorre avanço da hora de início do sono e do despertar, com incapacidade para permanecer acordado ou a dormir até à hora desejada ou convencionalmente aceitável.

Especificar se:

Familiar. Está presente história familiar de avanço de fase de sono.

307.45 (G47.23) Tipo sono-vigília irregular. Padrão de sono-vigília desorganizado temporalmente, em que as horas de adormecer e acordar são variáveis ao longo das 24 horas.

307.45 (G47.24) Tipo sono-vigília diferente de 24 horas. Padrão de sono-vigília que não está sincronizado com o ambiente de 24 horas, com um desvio diário consistente (habitualmente para cada vez mais tarde) do horário de adormecer e acordar.

307.45 (G47.26) Tipo trabalho por turnos. Insónia durante o principal período de sono e/ou sonolência excessiva (incluindo períodos de sono inadvertidos) durante o período principal de vigília, associado com um horário de trabalho por turnos (por exemplo, que exige horário de trabalho não convencional).

307.45 (G47.20) Tipo não especificado

Especificar se:

Episódico. Os sintomas duram pelo menos 1 mês, mas menos de 3 meses.

Persistente. Os sintomas duram 3 meses ou mais.

Recorrente. Ocorrem 2 ou mais episódios no espaço de 1 ano.

Tipo Atraso de Fase do Sono

Características de Diagnóstico

O tipo atraso de fase do sono baseia-se primariamente numa história de atraso no horário do principal período de sono (normalmente mais de 2 horas) em relação com os tempos de adormecer e acordar desejados, resultando em sintomas de insónia e sonolência excessivas. Quando lhes é permitido que estabeleçam o seu próprio horário, os indivíduos com o tipo atraso de fase do sono exibem qualidade e duração normais do sono para a sua idade. Os sintomas de insónia inicial, dificuldade de acordar de manhã e sonolência excessiva precoce diurna são proeminentes.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Características comuns associadas ao tipo atraso de fase do sono incluem uma história de perturbação mental ou uma perturbação mental comórbida. Dificuldade extrema e prolongada no despertar com confusão mental matinal também é comum. Pode desenvolver-se insónia psicofisiológica como resultado de comportamentos desadaptativos que comprometem o sono e aumentam a ativação devido a tentativas repetidas para adormecer mais cedo.

Prevalência

A prevalência do tipo atraso de fase do sono na população geral é de aproximadamente 0,17%, mas parece ser superior a 7% nos adolescentes. Apesar de a prevalência familiar do tipo atraso de fase do sono não estar estabelecida, uma história familiar de atraso de fase do sono está presente em indivíduos com o tipo atraso de fase do sono.

Desenvolvimento e Curso

O curso é persistente, durando mais de 3 meses, com exacerbações intermitentes ao longo da vida adulta. Apesar de a idade de início ser variável, os sintomas iniciam-se tipicamente na adolescência e na idade jovem adulta e persistem por diversos meses a anos antes de o diagnóstico ser estabelecido. A gravidade pode diminuir com a idade. A recorrência de sintomas é comum.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida, dependendo dos compromissos sociais, escolares e laborais. A exacerbação é em regra desencadeada por uma alteração no horário laboral ou escolar que requer um despertar mais precoce. Indivíduos que podem alterar o horário laboral para acomodar o atraso do sono circadiano e o horário de acordar podem experienciar a remissão de sintomas.

A prevalência aumentada na adolescência pode ser uma consequência tanto de fatores fisiológicos como comportamentais. Alterações hormonais podem estar envolvidas especificamente, uma vez que o atraso de fase do sono está associado com o início da puberdade. Assim, nos adolescentes o tipo atraso de fase do sono deve ser distinguido do atraso comum no horário dos ritmos circadianos neste grupo etário. Na forma familiar, o curso é persistente e pode não melhorar significativamente com a idade.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Fatores predisponentes podem incluir um período circadiano maior que a média, alterações na sensibilidade à luz e défice do impulso homeostático para dormir. Alguns indivíduos com o tipo atraso de fase do sono podem ser hipersensíveis à luz noturna, que pode funcionar como um sinal de atraso para o relógio circadiano ou podem ser hiposensíveis à luz matinal, de tal forma que os efeitos de avanço de fase são reduzidos. Os fatores genéticos podem desempenhar um papel na patogénese das formas familiar e esporádica do tipo atraso de fase do sono, incluindo mutações nos genes circadianos (por exemplo, *PER3, CKIe*).

Marcadores de Diagnóstico

A confirmação do diagnóstico inclui uma história clínica completa e o uso de um diário do sono ou actigrafia (isto é, um detetor de movimento usado no pulso que monitoriza a atividade motora por períodos prolongados e que pode ser usado como um intermediário para os padrões sono-vigília durante pelo menos 7 dias). O período abrangido deve incluir fins-de-semana, altura em que os compromissos sociais e ocupacionais são menos rigorosos, para assegurar que o indivíduo exibe consistentemente um padrão de atraso do sono-vigília. Biomarcadores como o teste salivar de melatonina da escuridão para a luminosidade devem apenas ser pedidos quando o diagnóstico não é claro.

Consequências Funcionais do Tipo Atraso de Fase do Sono

A sonolência excessiva diurna precoce é proeminente. Também é comum a dificuldade extrema e prolongada em acordar de manhã com confusão mental (isto é, inércia do sono). A gravidade da insónia e os sintomas de sonolência excessiva variam substancialmente entre indivíduos e dependem em grande parte das exigências ocupacionais e sociais do indivíduo.

Diagnóstico Diferencial

Variações normativas no sono. O tipo atraso de fase do sono deve ser distinguido de padrões «normais» de sono em que o indivíduo tem um horário tardio que não condiciona mal-estar pessoal, social ou ocupacional (principalmente observado em adolescentes e adultos jovens).

Outras perturbações do sono. Perturbação de insónia e outras perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília devem ser incluídas no diagnóstico diferencial. Sonolência excessiva também pode ser causada por outras perturbações do sono, tais como as perturbações do sono relacionadas com a respiração, insónias, perturbações do sono relacionadas com o movimento e perturbações médicas, neurológicas e mentais. A polissonografia noturna pode ajudar na avaliação de outras perturbações do sono comórbidas como a apneia do sono. A natureza circadiana do tipo atraso de fase do sono deve, contudo, diferenciá-la de outras perturbações com queixas semelhantes.

Comorbilidades

O tipo atraso de fase do sono está fortemente associado a depressão, perturbação da personalidade e perturbação de sintomas somáticos ou perturbação de ansiedade de doença. Além disso, perturbações de sono comórbidas, tais como perturbação de insónia, síndrome das pernas inquietas e apneia do sono, assim como perturbações depressiva e bipolar e perturbações da ansiedade, podem exacerbar os sintomas de insónia e de sonolência excessiva. O tipo atraso de fase do sono pode sobrepor se a outra perturbação do ritmo circadiano de sono-vigília, o padrão sono-vigília diferente de 24 horas. Os indivíduos que apresentam a perturbação do padrão sono-vigília diferente de 24 horas também têm com frequência história de atraso de fase do sono circadiano.

Tipo Avanço de Fase do Sono

Especificadores

O tipo avanço de fase do sono pode ser documentado com o especificador «familiar». Apesar de a prevalência do tipo avanço de fase do sono familiar não estar estabelecida, uma história familiar de avanço de fase do sono está presente em indivíduos com o tipo avanço de fase do sono. Neste tipo, mutações específicas mostram um padrão de hereditariedade autossómico dominante. Na forma familiar, o início de sintomas pode ocorrer precocemente (durante a infância e idade adulta jovem), o curso é persistente e a gravidade dos sintomas pode aumentar com a idade.

Características de Diagnóstico

O tipo avanço de fase do sono caracteriza se por horários de sono-vigília antecipados em várias horas em relação ao horário desejado ou aos horários convencionais. O diagnóstico baseia-se primariamente numa história de avanço no horário do principal período de sono (em regra mais de 2 horas) em relação com os tempos de adormecer e acordar desejados, resultando em sintomas de insónia terminal e sonolência diária excessiva. Quando lhes é permitido que estabeleçam o seu próprio horário, os indivíduos com o tipo avanço de fase do sono exibem qualidade e duração do sono normais para a sua idade.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com o tipo avanço de fase do sono são «madrugadores», exibindo horários sono-vigília mais precoces, com os biomarcadores dos horários circadianos, como a melatonina e a temperatura corporal, a ocorrer 2-4 horas mais cedo do que o normal. Quando solicitado que mantenham um horário convencional com hora de dormir mais tardia, estes indivíduos continuam a ter um acordar precoce, conduzindo à privação do sono persistente e sonolência diurna. O uso de hipnóticos ou de álcool para combater a insónia intermédia e de estimulantes para reduzir a sonolência diurna podem conduzir ao abuso de substâncias nestes indivíduos.

Prevalência

A prevalência estimada do tipo avanço de fase do sono é de aproximadamente 1% em adultos de meia-idade. Os horários de sono-vigília e o avanço da fase circadiana em indivíduos mais velhos, provavelmente contribuem para a prevalência aumentada nesta população.

Desenvolvimento e Curso

O início ocorre em regra na idade adulta tardia. Na forma familiar, o início pode ser mais precoce. O curso é tipicamente persistente, durando mais de 3 meses, mas a gravidade pode aumentar dependendo dos horários laborais e sociais. O tipo de avanço de fase do sono é mais frequente em adultos mais velhos.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida, dependendo das obrigações sociais, escolares ou laborais. Os indivíduos que podem alterar os seus horários laborais para acomodar o avanço do horário circadiano de adormecer e acordar podem experienciar a remissão de sintomas. O aumento da idade costuma avançar a fase de sono, contudo, não é claro se o avanço de fase do sono comummente associado à idade é devido exclusivamente a uma alteração no horário circadiano (como observado na forma familiar) ou se também está relacionado com alterações na regulação homeostática do sono relacionadas com a idade, resultando num acordar precoce. A gravidade, remissão e recaída dos sintomas sugere ausência de adesão aos tratamentos comportamental e ambiental desenhados para controlar a estrutura do sono-vigília e a exposição luminosa.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Exposição à luz diminuída no fim da tarde/início da noite e/ou exposição à luz no início da manhã devido ao acordar precoce matinal pode aumentar o risco do tipo avanço de fase do sono resultante do avanço dos ritmos circadianos. Ao irem para a cama mais cedo, os indivíduos não estão expostos à luz na região de atraso de fase da curva, resultando na perpetuação de avanço de fase. No tipo avanço de fase do sono familiar, o encurtamento do período circadiano endógeno pode resultar no avanço de fase do sono, apesar de o período circadiano não parecer diminuir de forma sistemática com a idade.

Genéticos e fisiológicos. O tipo de avanço de fase do sono evidencia um padrão de hereditariedade autossómico dominante, incluindo uma mutação do gene *PER2* que causa hipofosforilação da proteína PER2 e uma mutação de tipo *missense* em *CKI*.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os afro-americanos podem apresentar um período circadiano encurtado e maior amplitude no avanço de fase à luz que os caucasianos, o que possivelmente aumenta o risco de desenvolvimento do tipo avanço de fase do sono nesta população.

Marcadores de Diagnóstico

Um diário do sono e a actigrafia podem ser usados como marcadores de diagnóstico, como descrito anteriormente para o tipo atraso de fase do sono.

Consequências Funcionais do Tipo Avanço de Fase do Sono

A sonolência excessiva associada a fase avançada do sono pode ter um efeito negativo no desempenho cognitivo, interação social e segurança. O uso de agentes promotores da vigília para combater a sonolência ou de sedativos para o despertar matinal precoce pode aumentar o potencial para o abuso de substâncias.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações do sono. Fatores comportamentais como horários irregulares de sono, acordar precoce voluntário e exposição à luz no início da manhã devem ser tidos em conta, particularmente em adultos mais velhos. Deve prestar-se uma atenção cuidadosa para descartar outras perturbações do sono, como a perturbação de insónia, assim como outras perturbações mentais ou condições médicas que possam causar acordar precoce matinal.

Perturbações depressiva e bipolar. Porque o acordar precoce na manhã, fadiga e sonolência são características importantes da perturbação depressiva major, as perturbações depressiva e bipolar devem ser consideradas.

Comorbilidades

Condições médicas e perturbações mentais com sintomas de acordar precoce matinal como insónia, podem coocorrer com o tipo avanço de fase do sono.

Tipo Sono-Vigília Irregular

Características de Diagnóstico

O diagnóstico do tipo sono-vigília irregular baseia-se, primariamente, numa história de sintomas de insónia à noite (durante o período normal de sono) e sonolência excessiva (sestas) durante o dia. O tipo sono-vigília irregular caracteriza-se pela ausência de um ritmo circadiano sono-vigília percetível.

Não existe nenhum período principal de sono e este encontra-se fragmentado em pelo menos 3 períodos durante as 24 horas do dia.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com o tipo sono-vigília irregular apresentam-se, tipicamente, com insónia ou sonolência excessiva, dependendo da hora do dia. Os períodos de sono e vigília ao longo das 24 horas são fragmentados, apesar de o principal período de sono ocorrer tendencialmente entre as 2 e as 6 horas da manhã e durar habitualmente menos de 4 horas. Uma história de isolamento e reclusão pode ocorrer em associação com a perturbação e contribuir para os sintomas via uma ausência de estímulos externos que ajudem a entrar num padrão normal. Os indivíduos ou os seus cuidadores referem sestas frequentes ao longo do dia. O tipo sono-vigília irregular está mais frequentemente associado a perturbações neurodegenerativas,

como a perturbação neurocognitiva major e a muitas perturbações do neurodesenvolvimento em crianças.

Prevalência

A prevalência do tipo sono-vigília irregular na população geral é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso

A evolução do tipo sono-vigília irregular é persistente. A idade de início é variável, mas a perturbação é mais comum em adultos mais velhos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. As perturbações neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer, doença de Parkinson e doença de Huntington, e perturbações do neurodesenvolvimento em crianças aumentam o risco do tipo sono-vigília irregular.

Ambientais. Uma diminuição da exposição à luz ambiental e a atividade diurna estruturada podem estar associadas a ritmos circadianos de baixa amplitude. Os indivíduos hospitalizados são especialmente propensos a fraca exposição a esses estímulos exteriores e, mesmo fora do contexto hospitalar, os indivíduos com perturbação neurocognitiva major (isto é, demência) estão expostos a luminosidade significativamente menor.

Marcadores de Diagnóstico

Uma história pormenorizada do sono e um diário do sono (por um cuidador) ou actigrafia ajudam a confirmar o padrão irregular do sono-vigília.

Consequências Funcionais do Tipo Sono-Vigília Irregular

A ausência de claros períodos de sono principal e de vigília percetíveis no tipo sono-vigília irregular resultam em insónia e sonolência excessiva, dependendo da hora do dia. A disrupção do sono do cuidador também ocorre com frequência e é importante tê-la em consideração.

Diagnóstico Diferencial

Variações normativas do sono. O tipo sono-vigília irregular deve ser distinguido de um horário voluntário irregular do sono-vigília e de uma higiene do sono pobre, que podem resultar em insónia e sonolência excessiva.

Outras condições médicas e perturbações mentais. Outras causas de insónia e sonolência diurna, incluindo condições médicas comórbidas, perturbações mentais e medicação, devem ser consideradas.

Comorbilidades

O tipo sono-vigília irregular é com frequência comórbido com perturbações neurodegenerativas e do neurodesenvolvimento, como a perturbação neurocognitiva major, a incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) e lesão cerebral traumática. Também é comórbido com outras condições médicas e perturbações mentais em que existe isolamento social e/ou ausência de luz e atividades estruturadas.

Tipo Sono-Vigília Diferente de 24 Horas

Características de Diagnóstico

O diagnóstico do tipo sono-vigília diferente das 24 horas baseia-se primariamente numa história de insónia e sonolência excessiva relacionadas com sincronização anómala entre o ciclo claro-escuro das 24 horas e o ritmo circadiano endógeno. Os indivíduos apresentam-se tipicamente com períodos de insónia, sonolência excessiva ou ambos, que alternam com períodos curtos assintomáticos. Começando com o período assintomático, quando a fase de sono do indivíduo está alinhada com o ambiente externo, a latência do sono irá aumentar gradualmente e o indivíduo queixar-se-á de insónia inicial. À medida que a fase do sono continua a desviar-se, de tal forma que o horário de sono é agora durante o período diurno, o indivíduo terá problemas em manter-se acordado e queixar-se-á de sonolência. Uma vez que o período circadiano não está sincronizado com o ambiente externo das 24 horas, os sintomas vão depender do momento em que o indivíduo tenta dormir em relação com o ritmo circadiano de propensão para o sono.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O tipo sono-vigília diferente de 24 horas é mais frequente entre cegos ou indivíduos com deficiência visual que apresentam perceção luminosa diminuída. Nos doentes observados encontra-se, muitas vezes, uma história de avanço de fase do sono e de diminuição da exposição à luz e às atividades físicas e sociais. Os indivíduos observados com o tipo sono-vigília diferente de 24 horas também apresentam aumento da duração do sono.

Prevalência

A prevalência do tipo sono-vigília diferente de 24 horas na população geral é incerto, mas a perturbação parece ser rara nos doentes observados. A prevalência em indivíduos cegos é estimada em 50%.

Desenvolvimento e Curso

O curso do tipo sono-vigília diferente de 24 horas é persistente, com remissão intermitente e exacerbações devido a alterações laborais e horários sociais ao longo da vida. A idade de início é variável, dependendo do início do défice visual. Nos indivíduos observados, devido à sobreposição com o tipo avanço de fase do sono, o tipo sono-vigília diferente de 24 horas pode desenvolver-se na adolescência ou no início da idade adulta. Nos indivíduos observados a remissão e recaída sintomáticas em cegos e indivíduos observados depende substancialmente da adesão aos tratamentos delineados para controlar a estrutura do sono e vigília e da exposição luminosa.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida dependendo das obrigações sociais e ocupacionais. Em adolescentes e adultos, horários irregulares de sono-vigília e exposição à luz ou a ausência de luz em períodos críticos do dia podem exacerbar os efeitos da perda de sono e comprometer a entrada no ritmo circadiano. Consequentemente pode ocorrer agravamento dos sintomas de insónia, sonolência diurna e dos desempenhos escolar, profissional e interpessoal.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Nos indivíduos observados, a diminuição da exposição ou sensibilidade à luz e das atividades sociais e físicas pode contribuir para um ritmo circadiano «livre». Com a

elevada frequência das perturbações mentais que envolvem isolamento social e os casos do tipo sono-vigília diferente de 24 horas que se desenvolvem após uma alteração dos hábitos de sono (por exemplo, turno noturno laboral, perda de trabalho), fatores comportamentais em combinação com a propensão fisiológica podem precipitar e perpetuar esta perturbação nos indivíduos observados. Os indivíduos hospitalizados com perturbações neurológicas e psiquiátricas podem tornar-se insensíveis às pistas sociais, o que os predispõe para o desenvolvimento do tipo sono-vigília diferente de 24 horas.

Genéticos e fisiológicos. A cegueira é um fator de risco para o tipo sono-vigília diferente de 24 horas. O tipo sono-vigília diferente de 24 horas tem sido associado a lesão cerebral traumática.

Marcadores de Diagnóstico

O diagnóstico é confirmado pela história e diário do sono ou actigrafia durante um período prolongado de tempo. A medição sequencial dos marcadores de fase (por exemplo, melatonina) pode ajudar a determinar a fase circadiana, tanto em indivíduos observados com em cegos.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília. Em indivíduos observados, o tipo sono-vigília diferente de 24 horas deve ser diferenciado do tipo atraso de fase do sono, uma vez que os indivíduos com o tipo atraso de fase do sono podem apresentar um atraso progressivo similar do período do sono por diversos dias.

Perturbações depressivas. Os sintomas depressivos e as perturbações depressivas podem resultar em desregulação semelhante do ritmo circadiano e sintomas.

Comorbilidades

A cegueira é com frequência comórbida com o tipo sono-vigília diferente de 24 horas, assim como as perturbações depressiva e bipolar com isolamento social.

Tipo Trabalho por Turnos

Características de Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se primariamente na história de o indivíduo trabalhar fora da janela diária normal das 8 h às 18 h (particularmente à noite), com regularidade (isto é, trabalho não extraordinário). Sintomas de sonolência excessiva no trabalho e défice do sono em casa de forma persistente são proeminentes. A presença dos 2 conjuntos de sintomas é em regra necessária para o diagnóstico do tipo trabalho por turnos. Tipicamente, quando o indivíduo reverte para uma rotina de trabalho de dia, os sintomas remitem. Apesar de a etiologia ser discretamente diferente, os indivíduos que viajam por vários fusos horários de forma muito frequente podem experimentar efeitos semelhantes aos experimentados por indivíduos com o tipo trabalho por turnos que trabalham em turnos rotativos.

Prevalência

A prevalência do tipo trabalho por turnos é incerta, mas estima-se que a perturbação afete 5%-10% da população dos trabalhadores noturnos (16%-20% da força de trabalho). A prevalência aumenta com o avanço para a meia-idade e mais além (Drake *et al.*, 2004).

Desenvolvimento e Curso

O tipo trabalho por turnos pode aparecer em indivíduos de qualquer idade, mas é mais prevalente em indivíduos de idade superior a 50 anos e agrava-se tipicamente com o passar do tempo se persistirem as horas de trabalho disruptivas. Apesar de adultos mais velhos apresentarem ajustamento similar das taxas da fase circadiana perante uma alteração na rotina como os jovens adultos, os adultos mais velhos parecem experimentar disrupção muito mais significativa do sono como consequência da mudança da fase circadiana.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores predisponentes incluem o tipo de disposição matinal, a necessidade para sonos longos (isto é, mais de 8 horas) para se sentir bem repousado e importantes compromissos sociais e domésticos concorrentes (por exemplo, pais com crianças pequenas). Os indivíduos que são capazes de se comprometer com um estilo de vida noturno, com poucas obrigações diurnas concorrentes, parecem estar em menor risco para o tipo trabalho por turnos.

Genéticos e fisiológicos. Como os trabalhadores por turnos têm maior probabilidade de ser obesos que os trabalhadores diurnos, a apneia obstrutiva do sono pode estar presente e exacerbar os sintomas.

Marcadores de Diagnóstico

A história e um diário de sono ou actigrafia podem ser úteis para o diagnóstico, como discutido anteriormente para o tipo atraso de fase do sono.

Consequências Funcionais do Tipo Trabalho por Turnos

Os indivíduos com o tipo trabalho por turnos podem não ter apenas um pior rendimento laboral, mas também parecem encontrar-se em risco de acidentes laborais e na condução para casa. Também podem apresentar-se em risco de saúde mental pobre (por exemplo, perturbação de uso de álcool, perturbação de uso de substâncias, depressão) e de saúde física pobre (por exemplo, perturbações gastrintestinais, doença cardiovascular, diabetes, cancro). Indivíduos com história de perturbação bipolar são particularmente vulneráveis a episódios de mania relacionados com o tipo trabalho por turnos resultantes de noites perdidas de sono. O tipo trabalho por turnos muitas vezes resulta em problemas interpessoais.

Diagnóstico Diferencial

Variações normativas do sono com o trabalho por turnos. O diagnóstico do tipo trabalho por turnos, em oposição às «normais» dificuldades do trabalho por turnos, deve depender em algum grau da gravidade dos sintomas e/ou nível de mal-estar experienciado pelo indivíduo. A presença de sintomas do tipo trabalho por turnos, mesmo quando o indivíduo é capaz de viver uma rotina diária orientada durante várias semanas num dado momento, pode sugerir a presença de outras perturbações do sono, como a apneia do sono, insónia e narcolepsia, que devem ser descartadas.

Comorbilidades

O tipo trabalho por turnos tem sido associado a um aumento da perturbação de uso de álcool, a outras perturbações de utilização de substâncias e depressão. Várias perturbações de saúde física (por exemplo, perturbações gastrintestinais, doença cardiovascular, diabetes, cancro) têm sido associadas à exposição prolongada ao trabalho por turnos.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*), diferencia nove perturbações do ritmo circadiano do sono, incluindo o tipo mudança de fuso horário (*jet lag*).

Parassónias

As *parassónias* são perturbações caracterizadas por eventos comportamentais, experienciais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, fases específicas do sono ou transição sono-vigília. As parassónias mais comuns – as perturbações do despertar do sono sem movimentos oculares rápidos (não REM) e a perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (REM) – representam uma mistura de despertar e sono não REM e uma mistura de despertar e sono REM, respetivamente. Estas condições servem como lembrete de que o sono e o despertar não são mutuamente exclusivos e de que o sono não é necessariamente um fenómeno global de todo o cérebro.

Perturbações do Despertar do Sono sem Movimentos Oculares Rápidos (Não REM)

Critérios de Diagnóstico

A. Episódios recorrentes de despertar incompleto do sono, que ocorrem em regra durante o primeiro terço do principal período de sono, acompanhados por um dos seguintes:
   1. **Sonambulismo**. Episódios repetidos de levante da cama e deambulação. Durante o sonambulismo, o indivíduo apresenta uma face sem expressão e olhar vazio; é relativamente não responsivo aos esforços dos outros para comunicar e só é acordado com grande dificuldade.
   2. **Terrores do sono**. Episódios recorrentes de despertares abruptos por terrores durante o sono, em geral iniciados com um grito de pânico. Existe medo intenso e sinais de ativação autonómica como midríase, taquicardia, taquipneia e sudação, durante cada episódio. Existe uma relativa não responsividade aos esforços dos outros para confortar o indivíduo durante os episódios.
B. Nenhuma ou pouca (por exemplo, apenas uma cena visual única) recordação das imagens do sonho.
C. Está presente amnésia para os episódios.
D. Os episódios causam mal-estar clinicamente significativo ou compromisso social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento.
E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).
F. Perturbações mentais ou médicas coexistentes não explicam os episódios de sonambulismo ou de terrores do sono.

Nota de codificação. Para a ICD-9-CM, codificar com **307.46** para todos os subtipos. Para a ICD-10-CM, a codificação é baseada no subtipo.

Especificar se:

307.46 (F51.3) Tipo sonambulismo

Especificar se:

Com ingestão alimentar relacionada com o sono

Com comportamento sexual relacionado com o sono (sexsonia)

307.46 (F51.4) Tipo terror do sono

Características de Diagnóstico

A característica fundamental das perturbações do despertar do sono sem movimentos oculares rápidos (não REM) é a ocorrência repetida de despertares incompletos, que por norma começam no primeiro terço do maior período de sono (Critério A). Os despertares são tipicamente curtos, durando 1-10 minutos, mas podem ter duração temporal superior, podendo durar até 1 hora. A duração máxima de um evento é desconhecida. Os olhos encontram-se tipicamente abertos durante estes eventos. Muitos indivíduos apresentam ambos os subtipos de despertares em diferentes ocasiões, o que destaca a fisiopatologia comum subjacente. Os subtipos refletem graus variáveis de ocorrência simultânea de vigília e sono não REM, resultando em comportamentos complexos que surgem durante o sono com graus variáveis de vigília consciente, atividade motora e ativação autonómica.

As características essenciais do *sonambulismo* são os episódios repetidos de atividade motora complexa durante o sono, incluindo o levantar da cama e o deambular (Critério A1). Os episódios de sonambulismo iniciam-se durante qualquer estágio do sono não REM, mais frequentemente durante o sono de ondas lentas e, portanto, são mais frequentes durante o primeiro terço da noite. Durante os episódios o indivíduo está menos despertável e responsivo, com olhar vazio e relativamente indiferente à comunicação com os outros e aos seus esforços para o acordarem. Se for acordado durante o episódio (ou ao acordar na manhã seguinte), o indivíduo apresenta uma recordação limitada do episódio. Após o episódio pode existir inicialmente um breve período confusional ou dificuldade de orientação, seguido de recuperação completa das funções cognitivas e comportamento adequado.

A característica essencial dos *terrores do sono* é a ocorrência repetida de despertares abruptos durante o sono, em geral iniciados com um grito de pânico (Critério A2). Os terrores do sono iniciam-se por norma durante o primeiro terço do período principal de sono e duram 1-10 minutos, mas podem durar consideravelmente mais tempo, particularmente em crianças. Os episódios são acompanhados de ativação autonómica e manifestações comportamentais impressionantes de medo intenso. Durante o episódio, o indivíduo é difícil de acordar ou confortar. Se o indivíduo acorda após o terror do sono, recorda pouco ou quase nada do sonho ou só são recordadas imagens fragmentadas e isoladas. Durante um episódio típico de terrores do sono o indivíduo habitualmente senta-se de forma abrupta na cama a gritar ou a chorar, com uma expressão assustada e sinais autonómicos de intensa ansiedade (por exemplo, taquicardia, taquipneia, sudação, dilatação das pupilas). O indivíduo pode estar inconsolável e por norma não responde aos esforços dos outros para o acordarem ou confortarem. Os terrores do sono também são chamados «terrores noturnos» ou «*pavor nocturnus*».

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os episódios de sonambulismo podem apresentar-se com uma grande variedade de comportamentos. Os episódios podem começar com confusão: o indivíduo pode simplesmente sentar-se na cama, olhar em redor ou puxar cobertores ou lençóis. Este comportamento torna-se progressivamente mais complexo. O indivíduo pode mesmo sair da cama, dirigir-se a

armários, sair do quarto e até sair de casa. Durante o episódio os indivíduos podem usar a casa de banho, comer, falar ou envolver-se em comportamentos mais complexos. Correr e tentativas frenéticas de fuga a uma aparente ameaça também podem ocorrer. A maioria dos comportamentos que ocorrem durante os episódios de sonambulismo são rotineiros e de pouca complexidade. Contudo, já foram relatados casos de abertura de portas e até de utilização de máquinas (condução de automóvel). O sonambulismo pode também incluir comportamento inadequado (por exemplo, frequentemente urinar num armário ou caixote do lixo). A maioria dos episódios tem a duração de alguns minutos a meia hora, mas podem ser mais prolongados. Uma vez que o sono é um estado de relativa analgesia, lesões dolorosas que ocorrem durante o sonambulismo podem não ser percecionadas antes do despertar do episódio.

Existem duas formas «especializadas» de sonambulismo: a ingestão alimentar relacionada com o sono e o comportamento sexual relacionado com o sono (sexonia, ou sexo durante o sono). Os indivíduos com *ingestão alimentar relacionada com o sono* experimentam episódios recorrentes e indesejados de ingestão alimentar com graus diferentes de amnésia, variando de ausência total de consciência até a um estado de alerta completo sem capacidade para deixar de comer. Durante estes episódios, pode ser ingerida comida inapropriada. Os indivíduos com ingestão alimentar relacionada com o sono podem encontrar as evidências da sua ingestão alimentar apenas na manhã seguinte. Na *sexsonia*, graus variáveis de atividade sexual (por exemplo, masturbação, carícias, tentativas, relação sexual) ocorrem como comportamentos complexos que surgem durante o sono sem que o indivíduo esteja consciente. Esta condição é mais frequente no sexo masculino e pode resultar em graves problemas do relacionamento interpessoal ou consequências médico-legais.

Durante um episódio típico de terrores do sono existe com frequência uma sensação de pavor avassalador, acompanhada de compulsão de fuga. Apesar de poderem ser retidas algumas imagens fragmentadas vívidas, não existe um enredo como nos pesadelos. É mais comum o indivíduo não acordar completamente, regressar ao sono e apresentar amnésia para o episódio ao despertar na manhã seguinte. Em geral, ocorre apenas um episódio por noite. Ocasionalmente vários episódios podem ocorrer de forma intervalada ao longo da noite. É raro estes acontecimentos ocorrem durante as sestas diurnas.

Prevalência

As perturbações do despertar do sono não REM isoladas ou pouco frequentes são muito comuns na população geral. Entre 10% e 30% das crianças têm pelo menos um episódio de sonambulismo e 2%-3% apresentam episódios frequentes. A prevalência da perturbação de sonambulismo marcada por episódios repetidos, acompanhados de mal-estar e défice é muito mais baixa, situando-se provavelmente em 1%-5%. A prevalência de episódios de sonambulismo (não da perturbação de sonambulismo) é de 1%-7% entre os adultos, com ocorrência de episódios semanais ou mensais de 0,5%-0,7%. A prevalência do sonambulismo ao longo da vida em adultos é de 29,2%, com uma prevalência no ano anterior de 3,6%.

A prevalência dos terrores do sono na população geral é desconhecida. A prevalência dos episódios de terrores do sono (em oposição à perturbação de terrores do sono, em que os episódios são recorrentes e existe mal-estar ou disfunção) é estimada em 36,9% aos 18 meses, em 19,7% aos 30 meses e em 2,2% nos adultos.

Desenvolvimento e Curso

As perturbações do despertar do sono não REM ocorrem com maior frequência na infância e diminuem de frequência com o aumento da idade. O início do sonambulismo em adultos sem história prévia de sonambulismo em criança deve conduzir a uma investigação imediata de etiologias específicas, tais como apneia obstrutiva do sono, convulsões noturnas ou efeitos de medicação.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. O uso de sedativos, privação do sono, disrupções do horário sono-vigília, fadiga e stress físico ou emocional aumentam a probabilidade de ocorrência de episódios. A febre e a privação do sono podem aumentar a frequência das perturbações do despertar do sono não REM.

Genéticos e fisiológicos. História familiar de sonambulismo ou de terrores do sono pode ocorrer em mais de 80% dos indivíduos com sonambulismo. O risco de sonambulismo aumenta ainda mais (até 60% na descendência) quando ambos os pais têm uma história da perturbação.

Os indivíduos com terrores do sono têm muitas vezes uma história familiar positiva ou de terrores do sono ou de sonambulismo, com aumento tão elevado como 10 vezes na prevalência da perturbação entre os familiares biológicos de primeiro grau. Os terrores do sono são muito mais frequentes em gémeos monozigóticos em comparação com gémeos dizigóticos. O modo exato de hereditariedade é desconhecido.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Atividade violenta ou sexual durante os episódios de sonambulismo é mais provável de ocorrer em adultos. Comer durante os episódios de sonambulismo é mais frequentemente observado em mulheres. O sonambulismo é mais frequente em mulheres durante a infância e em homens na vida adulta.

As crianças mais velhas e os adultos fornecem uma reconstrução mais pormenorizada das imagens assustadoras associadas aos terrores do sono do que as crianças mais pequenas, uma vez que estas são mais propensas a exibir amnésia completa ou a reportar apenas uma vaga sensação de medo. Entre as crianças, os terrores do sono são mais comuns nos rapazes do que nas raparigas. Entre os adultos, a proporção entre os sexos é semelhante.

Marcadores de Diagnóstico

As perturbações do despertar do sono não REM surgem em qualquer fase do sono não REM, mas mais comummente a partir do sono profundo não REM (sono de ondas lentas). São mais prováveis de aparecer no primeiro terço da noite e não é comum ocorrerem durante as sestas diurnas. Durante o episódio, a polissonografia pode ficar comprometida por artefactos do movimento. Na ausência de tais artefactos durante o episódio, o eletrencefalograma evidencia tipicamente atividades de frequência teta ou alfa, reveladoras de despertares parciais ou incompletos.

A polissonografia em combinação com a monitorização audiovisual pode ser usada para documentar os episódios de sonambulismo. Na ausência de captação de um episódio durante a gravação da polissonografia, não existem quaisquer aspetos da polissonografia que possam servir como marcadores para o sonambulismo. A privação do sono pode aumentar

a probabilidade de captação de um evento. Como grupo, os indivíduos que têm sonambulismo evidenciam instabilidade do sono profundo não REM, mas a sobreposição dos achados com indivíduos sem sonambulismo é mais do que suficiente para evitar o uso deste indicador na formulação do diagnóstico. Ao contrário dos despertares do sono REM associados com pesadelos, nos quais há um aumento da frequência cardíaca e da respiração prévias ao despertar, os despertares do sono não REM dos terrores noturnos iniciam-se de forma precipitada, sem alterações autonómicas antecipatórias. Os despertares estão associados a atividade autonómica impressionante, com duplicação ou triplicação da frequência cardíaca. A fisiopatologia é pouco compreendida, mas parece existir instabilidade dos estágios mais profundos do sono não REM. Na ausência de captação de um evento durante um estudo formal do sono, não existem quaisquer indicadores polissonográficos confiáveis da propensão para experimentar terrores do sono.

Consequências Funcionais das Perturbações do Despertar do Sono Não REM

Para o diagnóstico de uma perturbação do despertar do sono não REM ser feita, o indivíduo ou os membros com quem reside devem experienciar mal-estar ou disfunção clinicamente significativos. Apesar disso, os sintomas de parassónia podem ocorrer ocasionalmente em populações não clínicas e serem subliminares para o diagnóstico. O constrangimento que envolve os episódios pode comprometer as relações sociais. O isolamento social ou dificuldades ocupacionais podem surgir. A determinação de uma «perturbação» depende de um número de fatores que podem variar numa base individual e depende da frequência de eventos, do potencial para a violência ou comportamentos lesivos, do constrangimento ou disrupção/mal-estar para os outros membros da casa. De forma incomum, as perturbações do despertar do sono não REM podem resultar em ferimentos graves para o indivíduo ou para alguém que tente consolá-lo. Ferimentos a outros estão limitados àqueles que lhes são muito próximos; não são «procurados» outros indivíduos. Tipicamente, o sonambulismo em crianças e adultos não está associado a perturbações mentais significativas. Para os indivíduos com o ingestão alimentar relacionada com o sono, preparar ou ingerir alimentos durante o período do sono de forma inconsciente pode conduzir a problemas, como controlo deficiente da diabetes, aumento de peso, ferimentos (cortes e queimaduras) ou consequências de ingestão de não comestíveis perigosos ou tóxicos. As perturbações do despertar do sono não REM podem resultar muito raramente em comportamentos violentos ou lesivos com implicações legais.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de pesadelos. Em contraste com os indivíduos com perturbações do despertar do sono não REM, os indivíduos com a perturbação de pesadelos tipicamente despertam fácil e completamente. Reportam ainda sonhos vívidos do tipo história a acompanhar os episódios que tendem a ocorrer numa fase mais tardia do sono. As perturbações do despertar do sono não REM ocorrem durante o sono não REM, enquanto a perturbação de pesadelos ocorre por norma durante o sono REM. Pais de crianças com as perturbações do despertar do sono não REM podem interpretar erradamente o relato das imagens fragmentadas dos pesadelos.

Perturbações do sono relacionadas com a respiração. As perturbações da respiração durante o sono podem também originar despertares confusos com amnésia subsequente. Contudo, as perturbações do sono relacionadas com a respiração também se caracterizam por sintomas

característicos, tais como ressonar, pausas respiratórias e sonolência diurna. Nalguns indivíduos, a perturbação do sono relacionada com a respiração pode precipitar os episódios de sonambulismo.

Perturbação do comportamento do sono REM. A perturbação do comportamento do sono REM pode ser difícil de distinguir das perturbações do despertar do sono não REM. A perturbação do comportamento do sono REM caracteriza-se por episódios exuberantes de movimentos complexos, envolvendo com frequência ferimentos pessoais durante o sono. Em contraste com as perturbações do despertar do sono não REM, a perturbação do comportamento do sono REM ocorre durante o sono REM. Os indivíduos com a perturbação do comportamento do sono REM despertam mais facilmente e relatam conteúdos mais vívidos e minuciosos dos sonhos do que os indivíduos com as perturbações do despertar do sono não REM. Os indivíduos relatam muitas vezes que «atuam os sonhos».

Síndrome de sobreposição de parassónias. A síndrome de sobreposição de parassónias abrange características clínicas e polissonográficas tanto do sonambulismo como da perturbação do comportamento associado ao sono REM.

Convulsões relacionadas com o sono. Alguns tipos de convulsões podem produzir episódios de comportamentos muito invulgares que ocorrem predominante ou exclusivamente durante o sono. As convulsões noturnas podem mimetizar escrupulosamente as perturbações do despertar do sono não REM, mas tendem a ser mais estereotipadas na natureza, a ocorrer múltiplas vezes durante a noite e a ter mais probabilidade de ocorrer durante as sestas diurnas. A presença das convulsões relacionadas com o sono não exclui a presença das perturbações do despertar do sono não REM. As convulsões relacionadas com o sono devem ser classificadas como uma forma de epilepsia.

***Blackouts* induzidos pelo álcool**. Os *blackouts* induzidos pelo álcool podem estar associados a comportamentos extremamente complexos na ausência de outros fatores sugestivos de intoxicação. Estes não envolvem a perda de consciência, mas antes uma disrupção isolada da memória para os acontecimentos que ocorreram durante o episódio de ingestão de álcool. Pela história, estes comportamentos podem ser indistinguíveis dos observados nas perturbações do despertar do sono não REM.

Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa. A fuga dissociativa pode ser extremamente difícil de distinguir do sonambulismo. Ao contrário de todas as outras parassónias, as fugas dissociativas noturnas surgem durante um período de vigília do sono, ao invés de surgirem de forma abrupta durante o sono sem intervirem na vigília. Uma história de abuso físico ou sexual recorrente na infância está em geral presente (mas pode ser difícil de obter).

Simulação ou outros comportamentos voluntários durante a vigília. Tal como com a fuga dissociativa, a simulação ou outros comportamentos voluntários durante a vigília surgem a partir da vigília.

Perturbação de pânico. Os ataques de pânico podem também provocar despertares abruptos do sono profundo não REM, acompanhados de medo. Contudo, estes episódios produzem um despertar rápido e completo sem confusão, amnésia ou atividade física típicas das perturbações do despertar do sono não REM.

Comportamentos complexos induzidos por medicamentos. Comportamentos semelhantes aos que surgem nas perturbações do despertar do sono não REM podem ser induzidos pelo

uso ou abstinência de substâncias ou medicamentos (por exemplo, benzodiazepinas, sedativos hipnóticos não benzodiazepínicos, opiáceos, cocaína, nicotina, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hidrato de cloral). Tais comportamentos podem surgir durante o período de sono e serem extremamente complexos. A fisiopatologia subjacente parece ser uma amnésia relativa isolada. Nestes casos, deve ser diagnosticada perturbação do sono induzida por substância/medicamento, tipo parassónias (ver «Perturbação do Sono Induzida por Substância/ /Medicamento» mais à frente neste capítulo).

Síndrome alimentar noturna. A forma de sonambulismo de ingestão alimentar relacionada com o sono deve ser distinguida da síndrome da ingestão alimentar noturna, na qual existe um atraso do ritmo circadiano da ingestão de comida e uma associação com insónia e/ou depressão.

Comorbilidades

Em adultos existe uma associação entre sonambulismo e episódios depressivos major e perturbação obsessivo-compulsiva. Crianças e adultos com terrores do sono podem ter pontuações elevadas para depressão e ansiedade nos inventários de personalidade.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*), inclui o «despertar confusional» nas perturbações do despertar do sono não REM.

Perturbação de Pesadelos

Critérios de Diagnóstico 307.47 (F51.5)

A. Ocorrência repetida de sonhos prolongados, extremamente disfóricos e que são bem recordados, envolvendo em regra esforços para evitar ameaças à sobrevivência, segurança ou integridade física e que em geral ocorrem durante a segunda metade do período principal de sono.
B. Ao acordar dos sonhos disfóricos o indivíduo fica rapidamente orientado e alerta.
C. A perturbação do sono causa mal-estar clinicamente significativo ou disfunção social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento individual.
D. Os sintomas da perturbação de pesadelos não são atribuíveis a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento).
E. Perturbações mentais ou médicas coexistentes não explicam de forma adequada a queixa principal de sonhos disfóricos.

Especificar se:

Durante o início do sono

Especificar se:

Com perturbação que não do sono associada, incluindo abuso de substâncias
Com outra condição médica associada
Com outra perturbação do sono associada

Nota de codificação. O código 307.47 (F51.5) aplica-se aos 3 especificadores. Codificar também as perturbações mentais relevantes associadas, condições médicas ou outras perturbações do sono imediatamente após o código para a perturbação de pesadelos, de forma a indicar a associação.

Especificar se:

Agudo. A duração do período dos pesadelos é de 1 mês ou menos.

Subagudo. A duração do período dos pesadelos é superior a 1 mês mas inferior a 6 meses.

Persistente. A duração do período dos pesadelos é de 6 meses ou mais.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade pode ser pontuada pela frequência com que ocorrem os pesadelos:

Ligeira. Menos de 1 episódio por semana em média.

Moderado. Um ou mais episódios por semana, mas menos do que todas as noites.

Grave. Episódios todas as noites.

Características de Diagnóstico

Os *pesadelos* são tipicamente longos, elaborados, com uma sequência de imagens sonhadas do tipo história que parecem reais e que provocam ansiedade, medo ou outras emoções disfóricas. O conteúdo dos pesadelos foca-se tipicamente em tentativas para evitar ou enfrentar perigos iminentes, mas pode incluir temas que evocam outras emoções negativas. Pesadelos que ocorrem após experiências traumáticas podem simular a situação de ameaça («pesadelos replicativos»), mas a maioria não o reproduz. Ao acordar, os pesadelos são bem recordados e descritos em pormenor. Os pesadelos ocorrem quase exclusivamente durante o sono de movimento oculares rápidos (REM) por isso podem ocorrer ao longo de todo o sono, mas são mais prováveis na segunda metade do episódio principal de sono quando o sonho é mais longo e mais intenso. Fatores que aumentam a intensidade do sono REM no início da noite, como a fragmentação ou privação do sono, o *jet lag* e a medicação com sensibilidade para o sono REM, podem facilitar pesadelos mais precoces na noite, incluindo no início do sono.

Os pesadelos por norma terminam com o acordar e um estado completo de alerta. Contudo, as emoções disfóricas podem persistir na vigília e contribuir para a dificuldade em regressar ao sono e para mal-estar diurno duradouro. Alguns pesadelos, conhecidos como «sonhos maus», podem não induzir o acordar e são recordados apenas mais tarde. Se os pesadelos ocorrerem durante o início dos períodos de sono REM (*hipnagógicos*) a emoção disfórica é muitas vezes acompanhada por uma sensação de estar simultaneamente acordado e incapaz de se mover voluntariamente (*paralisia do sono isolada*).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Ativação autonómica ligeira, incluindo sudorese, taquicardia e taquipneia, pode caracterizar os pesadelos. Movimentos corporais e vocalizações não são característicos devido à perda de tónus muscular característica do sono REM, mas tais comportamentos podem ocorrer em condições de stress emocional ou fragmentação do sono e na perturbação de stress pós-traumático (PTSD). A ocorrência de gritos, emissão de palavras ou de movimentos de luta são tipicamente fenómenos breves que terminam o pesadelo.

Os indivíduos com pesadelos frequentes estão em risco substancialmente maior para ideação suicida e tentativas de suicídio, mesmo quando o género e as doenças mentais são tidas em conta.

Prevalência

A prevalência dos pesadelos aumenta desde a infância até à adolescência. Entre 1,3% e 3,9% dos pais relatam que os seus filhos em idade pré-escolar têm pesadelos

«frequentemente» ou «sempre». A prevalência aumenta entre as idades dos 10 aos 13 anos, em ambos os sexos, mas continua a aumentar entre os 20 e os 29 anos para o sexo feminino (enquanto diminui para o masculino), altura em que pode ser 2 vezes superior para as mulheres do que para os homens. Entre os adultos, a prevalência dos pesadelos no mínimo mensais é de 6%, enquanto a prevalência para os pesadelos frequentes é de 1%-2%. As estimativas combinam muitas vezes os pesadelos idiopáticos e pós-traumáticos indiscriminadamente.

Desenvolvimento e Curso

Os pesadelos em geral começam entre os 3 e os 6 anos, mas atingem um pico de prevalência e gravidade na adolescência tardia ou no início da idade adulta. Os pesadelos aparecem com maior probabilidade em crianças expostas a fatores de stress psicossociais agudos ou crónicos e, assim, podem não se resolver espontaneamente. Numa minoria, os pesadelos frequentes persistem na idade adulta, tornando-se virtualmente uma perturbação para toda a vida. Apesar de o conteúdo específico do pesadelo poder refletir a idade do indivíduo, as características essenciais da perturbação são transversais aos diferentes grupos etários.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os indivíduos que experienciam pesadelos relatam com maior frequência eventos adversos passados, mas não necessariamente trauma e exibem muitas vezes perturbações de personalidade ou diagnósticos psiquiátricos.

Ambientais. A privação ou fragmentação do sono e horários irregulares de sono-vigília que alteram o tempo, intensidade ou quantidade do sono REM podem colocar os indivíduos em risco para pesadelos.

Genéticos e fisiológicos. Estudos com gémeos identificaram efeitos genéticos na disposição para pesadelos e a sua coocorrência com outras parassónias (por exemplo, falar durante o sono).

Modificadores do curso. Comportamentos parentais adaptativos à cabeceira, como acalmar a criança após os pesadelos, podem proteger a criança do desenvolvimento de pesadelos crónicos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O significado atribuído aos pesadelos pode variar com a cultura e a sensibilidade para tais crenças pode facilitar a revelação das mesmas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

As mulheres adultas relatam mais vezes ter pesadelos do que os homens adultos. O conteúdo dos pesadelos varia com o sexo, tendendo as mulheres adultas a relatar temas de assédio sexual ou desaparecimento/morte dos entes queridos, enquanto os homens tendem a relatar temas de agressão física ou de guerra/terror.

Marcadores de Diagnóstico

Os estudos polissonográficos mostram despertares abruptos do sono REM, em geral durante a segunda metade da noite, prévio ao relato de um pesadelo. As frequências cardíaca, respiratória e de movimentos oculares podem acelerar ou aumentar em variabilidade antes do

acordar. Os pesadelos que ocorrem após eventos traumáticos podem também surgir durante o sono não REM, em particular na fase 2. O sono típico dos indivíduos com pesadelos é ligeiramente perturbado (por exemplo, eficiência diminuída, menos sono de ondas lentas, mais despertares), com períodos mais frequentes de movimento das pernas durante o sono e ativação relativa do sistema nervoso simpático depois da privação de sono REM.

Consequências Funcionais da Perturbação de Pesadelos

Os pesadelos causam mal-estar mais significativo do que défices social ou ocupacional demonstráveis. Contudo, se os pesadelos são frequentes ou resultam em evitamento do sono, os indivíduos podem experienciar sonolência diurna excessiva, concentração diminuída, depressão, ansiedade ou irritabilidade. Pesadelos noturnos frequentes na infância (por exemplo, vários por semana) podem causar mal-estar significativo aos pais e crianças.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de terrores do sono. Tanto a perturbação de pesadelos como a perturbação de terrores do sono incluem despertares completos ou parciais com medo e ativação autonómica, mas estas duas entidades são diferenciáveis. Os pesadelos ocorrem tipicamente mais tarde no período noturno, durante o sono REM e produzem imagens oníricas vívidas do tipo história, com sonhos bem recordados, ativação autonómica ligeira e despertares completos. Os terrores do sono ocorrem tipicamente no primeiro terço da noite durante as fases 3 e 4 do sono não REM e não proporcionam a recordação do sonho ou apenas recordação de imagens isoladas sem o enredo típico dos pesadelos. Os terrores noturnos conduzem a despertares parciais nos quais o indivíduo fica confuso, desorientado, apenas parcialmente responsivo e com sinais de ativação autonómica significativa. Existe em geral amnésia para o evento na manhã seguinte.

Perturbação do comportamento do sono REM. A presença de atividade motora complexa durante sonhos assustadores deve suscitar investigação imediata adicional para a perturbação do comportamento do sono REM que tipicamente ocorre mais entre homens de meia-idade e, ao contrário da perturbação de pesadelos, está associada a frequentes encenações de sonhos violentos e a uma história de lesões noturnas. O distúrbio do sonho da perturbação do comportamento do sono REM é descrito pelos doentes como pesadelos, mas é controlado por terapêutica adequada.

Luto. Sonhos disfóricos podem ocorrer durante o luto, mas envolvem tipicamente perda e tristeza, sendo seguidos de autorrefiexão e crítica para a situação, ao invés de sofrimento ao acordar.

Narcolepsia. Os pesadelos são uma queixa frequente na narcolepsia, mas a presença de sonolência excessiva e de cataplexia diferencia esta condição da perturbação de pesadelos.

Convulsões noturnas. As convulsões podem manifestar-se raramente como pesadelos e devem ser avaliadas pela polissonografia e pelo videoeletrencefalograma contínuo. As convulsões noturnas incluem atividade motora estereotipada. Os pesadelos associados, se recordados, são com frequência repetitivos na sua natureza ou refletem características epileptogénicas, como o conteúdo das auras diurnas (por exemplo, medo imotivado), fosfenos e imagens ictais. Perturbações do despertar, em especial despertares confusos, também podem estar presentes.

Perturbações do sono relacionadas com a respiração. As perturbações do sono relacionadas com a respiração podem conduzir a despertares com ativação autonómica, mas estes não são em geral acompanhados pela recordação dos pesadelos.

Perturbação de pânico. Os ataques de pânico que ocorrem durante o sono podem resultar em despertares abruptos com ativação autonómica e medo, mas os pesadelos não são tipicamente relatados e os sintomas são similares ao dos ataques de pânico que surgem durante a vigília.

Perturbações dissociativas relacionadas com o sono. Os indivíduos podem recordar traumas físicos reais e emocionais como «sonho» durante os despertares documentados electroencefalograficamente.

Uso de medicamentos ou substâncias. Numerosas substâncias/medicamentos podem precipitar pesadelos, incluindo os dopaminérgicos; antagonistas beta-adrenérgicos e outros anti-hipertensores; anfetaminas, cocaína e outros estimulantes; antidepressivos, auxiliares para a cessação tabágica e a melatonina. A abstinência de medicação supressora do sono REM (por exemplo, antidepressivos) e de álcool pode conduzir a um efeito *rebound* no sono REM, acompanhado de pesadelos. Se os pesadelos forem suficientemente graves que justifiquem a atenção clínica, o diagnóstico de perturbação de sono induzida por substância/medicamento deve ser considerado.

Comorbilidades

Os pesadelos podem ser comórbidos com diversas condições médicas, incluindo a doença cardíaca coronária, a doença de Parkinson e a dor e podem ainda acompanhar os tratamentos médicos, como a hemodiálise ou a abstinência de medicação ou substâncias de abuso. Os pesadelos são com frequência comórbidos com outras perturbações mentais, incluindo a PTSD, a perturbação de insónia, a esquizofrenia, a psicose; as perturbações do humor, de ansiedade, de ajustamento e da personalidade; e a dor/tristeza durante o luto. Um diagnóstico de perturbação de pesadelos concorrente só deve ser considerado quando uma atenção clínica independente se justifica (isto é, os critérios A-C encontram-se cumpridos). De outra forma, não são necessários diagnósticos independentes. Estas condições devem ser listadas segundo o especificador comórbido categorial apropriado. Contudo, a perturbação de pesadelos pode ser diagnosticada como uma perturbação separada em indivíduos com PTSD se os pesadelos não forem temporalmente relacionados com a PTSD (isto é, precedem outros sintomas da PTSD ou persistem após a resolução de outros sintomas da PTSD).

Os pesadelos são em geral característicos da perturbação do comportamento do sono REM, PTSD e perturbação aguda de stress, mas a perturbação de pesadelos pode ser codificada independentemente se os pesadelos precedem a condição e se a sua frequência ou gravidade necessitam de atenção clínica independente. Esta última pode ser determinada perguntando se os pesadelos eram um problema antes do início da outra perturbação e se estes continuaram após a remissão dos outros sintomas.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*), apresenta critérios diagnósticos semelhantes para a perturbação de pesadelos.

Perturbação do Comportamento do Sono de Movimentos Oculares Rápidos

Critérios de Diagnóstico 327.42 (G47.52)

A. Episódios repetidos de despertares durante o sono associados a vocalizações e/ou comportamentos motores complexos.

B. Estes comportamentos surgem durante o sono de movimentos oculares rápidos (REM) e, por isso, ocorrem em geral após mais de 90 minutos do início do sono, são mais frequentes durante as porções mais tardias do período de sono e raramente ocorrem durante as sestas diurnas.

C. Depois de acordar destes episódios, o indivíduo está completamente acordado, alerta e não confuso ou desorientado.

D. Um dos seguintes:
   1. Sono REM sem atonia no registo polissonográfico.
   2. Uma história sugestiva de perturbação do comportamento de sono REM e um diagnóstico de sinucleinopatia estabelecido (por exemplo, doença de Parkinson, atrofia sistémica múltipla).

E. Os comportamentos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento (o que pode incluir ferimentos no próprio ou no companheiro de cama).

F. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou a outra condição médica.

G. Perturbações mentais ou médicas coexistentes não explicam os episódios.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (REM) são episódios de despertares repetidos, muitas vezes associados a vocalizações e/ou comportamentos motores complexos que surgem durante o sono REM (critério A). Estes comportamentos refletem respostas motoras ao conteúdo dos sonhos repletos de ação ou de violência em que o indivíduo está a ser atacado ou a tentar fugir de alguma situação ameaçadora; estes comportamentos podem ser apelidados de *comportamentos que agem sobre os sonhos*. As vocalizações são com frequência em voz alta, cheias de emoção e de conteúdo profano. Estes comportamentos podem ser muito incomodativos para o indivíduo e para o companheiro de cama e resultar em ferimentos significativos (por exemplo, quedas, saltos, voar para fora da cama; correr, esmurrar, empurrar, bater ou pontapear). Ao acordar o indivíduo está imediatamente acordado, alerta e orientado (Critério C) e é frequentemente capaz de recordar a atividade mental do sonho, que se relaciona intimamente com o comportamento observado. Os olhos encontram-se tipicamente fechados durante estes eventos. O diagnóstico de perturbação do comportamento do sono REM exige mal-estar ou défice clinicamente significativos (Critério E); esta determinação vai depender de um certo número de fatores, incluindo a frequência dos eventos, o potencial para comportamentos violentos ou lesivos, constrangimento e mal-estar para outros membros da família.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A determinação da gravidade é mais bem feita baseada na natureza ou consequência do comportamento do que simplesmente através da frequência. Apesar de os comportamentos serem notáveis e violentos, comportamentos menos graves também podem ocorrer.

Prevalência

A prevalência da perturbação do comportamento do sono REM é de cerca de 0,38%-0,5% na população geral. A prevalência em doentes com perturbações psiquiátricas pode ser maior, possivelmente relacionada com a medicação prescrita para a perturbação psiquiátrica.

Desenvolvimento e Curso

O início da perturbação do comportamento do sono REM pode ser gradual ou rápido e o curso é em geral progressivo. A perturbação do comportamento do sono REM associada a perturbações neurodegenerativas pode melhorar à medida que a perturbação neurodegenerativa subjacente progride. Devido à elevada associação com o aparecimento posterior de uma perturbação neurodegenerativa subjacente, mais notavelmente uma das sinucleinopatias (doença de Parkinson, atrofia sistémica múltipla ou perturbação neurocognitiva moderada ou major com corpos de Lewy), o estado neurobiológico dos indivíduos com perturbação do comportamento do sono REM deve ser vigiada de forma rigorosa.

Apesar de a perturbação do comportamento do sono REM afetar esmagadoramente homens acima dos 50 anos, esta perturbação tem sido diagnosticada de forma crescente em mulheres e indivíduos mais jovens. Os sintomas em indivíduos mais jovens, particularmente em mulheres jovens, devem levantar a possibilidade de narcolepsia ou perturbação do comportamento do sono REM induzida por medicamentos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Muitos medicamentos amplamente prescritos, incluindo antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina, inibidores da recaptação da serotonina-noradrenalina e betabloqueantes, podem resultar em evidência polissonográfica de sono REM sem atonia e em perturbação do comportamento do sono REM franca. Não se sabe se a medicação per si resulta em perturbação do comportamento do sono REM ou se esta apenas desmascara a predisposição subjacente.

Marcadores de Diagnóstico

Os achados laboratoriais associados à polissonografia evidenciam aumento da atividade tónica e/ou fásica eletromiográfica durante o sono REM que por norma está associado a atonia muscular. A atividade muscular aumentada afeta invariavelmente diferentes grupos musculares, sendo mandatória uma monitorização eletromiográfica mais extensiva do que aquela que é realizada nos estudos de sono convencionais. Por esta razão, é sugerido que a monitorização eletromiográfica inclua os seguintes grupos musculares: submentoniano, digitais extensores bilaterais e tibiais anteriores bilaterais. A videomonitorização contínua é mandatória. Outros achados polissonográficos podem incluir atividade eletromiográfica periódica ou não periódica muito frequente das extremidades durante o sono não REM. Esta observação polissonográfica, denominada de *sono REM sem atonia*, está virtualmente presente em todos os casos de perturbação do comportamento do sono REM, mas também pode ocorrer como um achado polissonográfico sem sintomatologia acompanhante.

Consequências Funcionais da Perturbação do Comportamento do Sono REM

A perturbação do comportamento do sono REM pode ocorrer em ocasiões isoladas em indivíduos não afetados pela perturbação. O constrangimento envolvendo os episódios pode

prejudicar as relações sociais. Os indivíduos podem evitar situações em que outros se apercebam da perturbação, como, por exemplo, dormir em casa de amigos ou partilhar a cama com o companheiro. Podem acontecer isolamento social ou dificuldades ocupacionais. Raramente, a perturbação do comportamento do sono REM pode resultar em ferimentos graves para a vítima ou para o companheiro de cama.

Diagnóstico Diferencial

Outras parassónias. Despertares confusos, sonambulismo e terrores do sono podem ser facilmente confundidos com a perturbação do comportamento do sono REM. Em geral, estas perturbações ocorrem em indivíduos mais jovens. Ao contrário da perturbação do comportamento do sono REM, os indivíduos despertam do sono não REM profundo e por isso os despertares tendem a ocorrer mais cedo no período de sono. Acordar de um despertar confuso está associado a confusão, desorientação e recordação incompleta da atividade mental do sonho que acompanha o comportamento. A polissonografia de monitorização nas perturbações do despertar revelam a atonia normal do sono REM.

Convulsões noturnas. As convulsões noturnas podem mimetizar na perfeição a perturbação do comportamento do sono REM, mas os comportamentos são em geral mais estereotipados. A monitorização polissonográfica com registo de uma convulsão eletrencefalográfica completa pode diferenciar as duas perturbações. O sono REM sem atonia não está presente na monitorização polissonográfica.

Apneia obstrutiva do sono. A apneia obstrutiva do sono pode conduzir a comportamentos indistinguíveis da perturbação do comportamento do sono REM. A monitorização polissonográfica é necessária para distinguir entre as duas perturbações. Neste caso, os sintomas resolvem-se após o tratamento efetivo da apneia obstrutiva do sono. Além disso, o sono REM sem atonia não está presente na monitorização polissonográfica.

Perturbação dissociativa com outra especificação (perturbação dissociativa psicogénica relacionada com o sono). Ao contrário de virtualmente todas as outras parassónias, que surgem de forma precipitada do sono não REM ou REM, os comportamentos dissociativos psicogénicos surgem durante um período de vigília bem definido durante o período de sono. Ao contrário da perturbação do comportamento do sono REM, esta condição é mais prevalente em mulheres jovens.

Simulação. Muitos casos de simulação em que os indivíduos relatam movimentos do sono problemáticos mimetizam na perfeição as características clínicas da perturbação do comportamento do sono REM. A documentação polissonográfica é mandatória.

Comorbilidades

A perturbação do comportamento do sono REM está presente de forma comórbida em aproximadamente 30% dos doentes com narcolepsia. Quando ocorre em doentes com narcolepsia, a demografia reflete a faixa etária mais jovem da narcolepsia, com igual frequência entre ambos os sexos. Baseado nos achados de indivíduos que procuram clínicos do sono, a maioria dos indivíduos (>50%) inicialmente diagnosticados com perturbação do comportamento do sono REM «idiopática» irão eventualmente desenvolver uma doença neurodegenerativa – mais notavelmente, uma das sinucleinopatias (doença de Parkinson, atrofia sistémica múltipla ou perturbação neurocognitiva moderada ou major com corpos de Lewy). A perturba-

ção do comportamento do sono REM antecede muitas vezes qualquer outro sinal destas perturbações em muitos anos (frequentemente em mais de uma década).

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A perturbação do comportamento do sono REM é virtualmente idêntica à perturbação do comportamento do sono REM da *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*).

Síndrome das Pernas Inquietas

Critérios de Diagnóstico 333.94 (G25.81)

A. *Craving* ou desejo de mover as pernas, em geral acompanhado por ou em resposta a sensações desconfortáveis ou desagradáveis nas pernas caracterizada por todos os seguintes:
   1. O desejo de mover as pernas inicia-se ou piora durante os períodos de descanso ou inatividade.
   2. O desejo de mover as pernas é parcial ou totalmente aliviado pelo movimento.
   3. O desejo de mover as pernas é pior ao fim do dia ou à noite do que durante o dia ou ocorre apenas ao fim do dia ou à noite.
B. Os sintomas do Critério A ocorrem pelo menos 3 vezes por semana e persistem durante pelo menos 3 meses.
C. Os sintomas do Critério A são acompanhados de mal-estar significativo ou défice social, ocupacional, educacional, académico, comportamental ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. Os sintomas do Critério A não são atribuíveis a outra perturbação mental ou condição médica (por exemplo, artrite, edema das pernas, isquemia periférica, cãibras das pernas) e não são mais bem explicados por uma condição comportamental (por exemplo, desconforto posicional, o bater habitual dos pés).
E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma droga de abuso ou a medicamentos (por exemplo, acatisia).

Características de Diagnóstico

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é uma perturbação neurológica sensorimotora do sono, caracterizada por um desejo de mover as pernas ou os braços, associado a sensações desconfortáveis tipicamente descritas como rastejar, latejar, formigueiro, queimadura ou comichão (Critério A). O diagnóstico da SPI baseia-se primariamente no relato do doente e na história. Os sintomas são piores quando o indivíduo está em repouso e os movimentos frequentes das pernas ocorrem como um esforço para aliviar as sensações desconfortáveis. Os sintomas são piores ao fim do dia ou à noite e nalguns indivíduos os sintomas ocorrem apenas ao fim do dia ou à noite. O agravamento noturno ocorre independentemente de diferenças na atividade. É importante diferenciar a SPI de outras condições, tais como o desconforto posicional ou as cãibras das pernas (critério D).

Os sintomas da SPI podem atrasar o início do sono, provocar o acordar do indivíduo do sono e estão associados a uma fragmentação significativa do sono. O alívio proporcionado pelo movimento das pernas pode deixar de ser aparente nos casos mais graves. A SPI está associada a sonolência diurna e é muitas vezes acompanhada de sofrimento clínico significativo ou défice funcional.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os movimentos periódicos dos membros durante o sono (MPMS) podem servir como evidência que corrobora a presença da SPI com mais de 90% dos indivíduos diagnosticados com SPI evidenciando MPMS quando as gravações são realizadas durante múltiplas noites. Os movimentos periódicos dos membros durante a vigília suportam o diagnóstico de SPI. Relatos de dificuldade em iniciar ou manter o sono e de sonolência diurna excessiva também podem suportar o diagnóstico de SPI. Características adicionais que suportam o diagnóstico incluem uma história familiar de SPI entre parentes de primeiro grau e uma redução de sintomas, pelo menos inicialmente, com tratamento dopaminérgico.

Prevalência

As taxas de prevalência de SPI variam amplamente quando são utilizados critérios mais amplos, situando-se entre 2% e 7,2% quando são aplicados critérios mais definidos. Quando a frequência de sintomas é de pelo menos 3 vezes por semana com mal-estar moderado ou grave, a taxa de prevalência é de 1,6%; quando a frequência de sintomas é no mínimo de 1 vez por semana, a taxa de prevalência é de 4,5%. O sexo feminino apresenta 1,5-2 vezes maior probabilidade de ter SPI. A SPI também aumenta com a idade. A prevalência de SPI pode ser menor em populações asiáticas.

Desenvolvimento e Curso

O início da SPI ocorre tipicamente durante a segunda ou terceira décadas de vida. Aproximadamente 40% dos indivíduos diagnosticados com SPI durante a vida adulta relatam ter experienciado os sintomas antes dos 20 anos e 20% relatam ter experienciado os sintomas antes dos 10 anos. A taxa de prevalência da SPI aumenta de forma estável com a idade até por volta dos 60 anos, com os sintomas a permanecerem estáveis ou a diminuírem discretamente em grupos etários mais velhos. Comparativamente aos casos não familiares, a SPI familiar apresenta em geral uma idade de início mais jovem e um curso progressivo mais lento. O curso clínico da SPI é diferente em função da idade de início. Quando o início ocorre antes dos 45 anos, existe em geral uma progressão sintomática mais lenta. Quando o início da SPI é tardio, uma progressão rápida é típica e fatores agravantes são comuns. Os sintomas de SPI parecem ser semelhantes ao longo da vida, permanecendo estáveis ou diminuindo discretamente em grupos etários mais velhos.

O diagnóstico de SPI em crianças pode ser difícil, devido ao componente de autorrelato. Enquanto o Critério A para adultos assume que a descrição de «desejo de mover» é feita pelo doente, o diagnóstico pediátrico requer a descrição nas palavras próprias da criança ao invés da descrição feita pelos pais ou cuidador. Tipicamente crianças com 6 ou mais anos são capazes de fornecer descrições pormenorizadas e adequadas da SPI. Contudo, as crianças raramente usam ou compreendem a palavra «desejo», referindo ao invés disso que as suas pernas «têm de» se mover. Além disso, potencialmente relacionado com longos períodos de permanecerem sentados durante as aulas, dois terços das crianças e adolescentes relatam sensações nas pernas durante o dia. Assim, para o diagnóstico do Critério A3 é importante comparar uma igual duração do tempo passado sentado ou deitado durante o dia com a de tempo passado sentado ou deitado ao fim do dia ou durante a noite. O agravamento noturno tende a persistir mesmo no contexto pediátrico da SPI. Tal como na SPI dos adultos, existe um impacte negativo significativo no sono, humor, cognição e funcionamento. O défice em crianças e adolescentes manifesta-se mais vezes no comportamento e nos domínios educativos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Os fatores predisponentes incluem o género masculino, idade avançada, variantes genéticas de risco e história familiar de SPI. Os fatores precipitantes são com frequência limitados no tempo, tais como a deficiência de ferro, com a maioria dos indivíduos a retomarem o padrão de sono normal depois de o evento desencadeante inicial ter desaparecido. Variantes genéticas de risco desempenham um papel na SPI secundária a algumas perturbações, como a uremia, o que sugere que os indivíduos com suscetibilidade genética desenvolvem SPI na presença de outros fatores de risco. A SPI tem um forte componente familiar.

Existem vias fisiopatológicas definidas subjacentes à SPI. Estudos de associação pangenómicos encontraram que a SPI está associada de forma significativa a variações genéticas comuns nas regiões intrónicas ou intergénicas em *MEIS1*, *BTBD9* e *MAP2K5* dos cromossomas 2p, 6p e 15q, respetivamente. A associação destas 3 variantes com a SPI tem sido replicada de forma independente. O *BTBD9* confere um risco muito aumentado (80%) mesmo quando apenas um alelo está presente. Devido à alta frequência desta variante em indivíduos de descendência europeia, o risco atribuível à população (RAP) é de aproximadamente 50%. Os alelos em risco associados com *MEIS1* e *BTBD9* são menos comuns entre indivíduos de descendência africana ou asiática, o que talvez sugira menor risco de SPI nestas populações.

Os mecanismos fisiopatológicos da SPI também incluem alterações do sistema dopaminérgico central e alterações do metabolismo do ferro. O sistema opiáceo endógeno também pode estar envolvido. O efeito do tratamento com fármacos dopaminérgicos (essencialmente agonistas não *ergot* D_2 e D_3) fornece sustentação adicional ao facto de a SPI se fundamentar em vias dopaminérgicas centrais disfuncionais. Enquanto o tratamento efetivo da SPI tem também demonstrado redução significativa dos sintomas depressivos, os antidepressivos serotoninérgicos podem induzir ou agravar a SPI nalguns indivíduos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Apesar de a SPI ser mais prevalente em mulheres do que em homens, não existem diferenças diagnósticas de acordo com o género. Contudo, a prevalência da SPI durante a gravidez é 2 a 3 vezes superior do que na população geral. A SPI está associada a picos durante o terceiro trimestre e melhora ou remite na maioria dos casos logo após o parto. As diferenças de género na prevalência da SPI é explicada pelo menos em parte pelo parto, uma vez que mulheres nulíparas tiveram igual risco de SPI do que homens da mesma idade.

Marcadores de Diagnóstico

A polissonografia de doentes com SPI evidencia anomalias significativas, sendo comuns o aumento da latência do sono e um índice de despertares aumentado. A polissonografia precedida por um teste de imobilização pode proporcionar um indicador de sinal motor da SPI, movimentos periódicos das pernas, sob condições normais de sono e durante o repouso tranquilo, sendo que ambos podem provocar os sintomas de SPI.

Consequências Funcionais da Síndrome das Pernas Inquietas

As formas de SPI suficientemente graves para comprometer de forma significativa o funcionamento ou associadas a perturbações mentais, incluindo a depressão e ansiedade, ocorrem em aproximadamente 2%-3% da população.

Apesar de o impacte dos sintomas mais ligeiros estar menos bem caracterizado, indivíduos com SPI queixam-se de disrupção em pelo menos uma atividade da vida diária, com

mais de 50% a relatar um impacte negativo no humor e 47,6% relatam falta de energia. A consequência mais comum da SPI é a perturbação do sono, incluindo diminuição do tempo de sono, fragmentação do sono e perturbação global do sono; depressão, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico e perturbação de stress pós-traumático; e défice na qualidade de vida. A SPI pode resultar em sonolência diurna ou fadiga e é com frequência acompanhada por mal-estar significativo ou défice no funcionamento afetivo, social, ocupacional, académico, comportamental ou cognitivo.

Diagnóstico Diferencial

As condições mais importantes no diagnóstico diferencial da SPI são as cãibras nas pernas, o desconforto posicional, as artralgias/artrite, as mialgias, a isquemia posicional (dormência), o edema das pernas, a neuropatia periférica, a radiculopatia e o bater habitual dos pés. «Nós» musculares (cãibras), o alívio com uma única mudança postural, limitação das articulações, dor à palpação (mialgias) e outras alterações no exame físico não são características da SPI. Ao contrário da SPI, as cãibras noturnas não se apresentam tipicamente com o desejo de mover as pernas e não têm movimentos das pernas frequentes. Condições menos comuns que devem ser diferenciadas da SPI incluem a acatisia induzida pelos neurolépticos, a mielopatia, a insuficiência venosa sintomática, a doença arterial periférica, o eczema, outros problemas ortopédicos e a agitação induzida pela ansiedade. O agravamento noturno e os movimentos periódicos das pernas são mais comuns na SPI do que na acatisia induzida por medicamentos ou na neuropatia periférica.

Apesar de ser importante que os sintomas da SPI não possam ser unicamente explicados por outra condição médica ou comportamental, também se deve ter em consideração que qualquer uma destas condições similares pode ocorrer num indivíduo com SPI. Assim sendo, é necessária uma atenção particular a cada condição possível no processo de diagnóstico e quando se avalia o impacte da doença. Nos casos em que o diagnóstico de SPI é incerto, a avaliação das características que suportam a SPI, particularmente os movimentos periódicos dos membros durante o sono (MPMS) ou uma história familiar de SPI, podem ser úteis. Aspetos clínicos, como a resposta a um agente dopaminérgico ou uma história familiar positiva para SPI, podem ajudar no diagnóstico diferencial.

Comorbilidades

Perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e perturbações da atenção são comummente comórbidas com a SPI e são discutidas na secção «Consequências Funcionais da Síndrome das Pernas Inquietas». A principal perturbação médica comórbida com a SPI é a doença cardiovascular. Pode existir uma associação com numerosas outras perturbações médicas, incluindo a hipertensão, a narcolepsia, a enxaqueca, a doença de Parkinson, a esclerose múltipla, a neuropatia periférica, a apneia obstrutiva do sono, a diabetes *mellitus*, a fibromialgia, a osteoporose, a obesidade, a doença tiroideia e o cancro. A deficiência de ferro, a gravidez e a insuficiência renal crónica são também comórbidas com a SPI.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*), apresenta critérios de diagnóstico similares para a SPI, mas não contém um critério que especifique a frequência ou duração dos sintomas.

Perturbação do Sono Induzida por Substância/Medicamento

Critérios de Diagnóstico

A. Uma perturbação proeminente e grave do sono.
B. Há evidência pela história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou pouco depois da intoxicação ou abstinência de uma substância ou exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento em questão é capaz de produzir os sintomas do Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação do sono não induzida por uma substância/medicamento. A evidência de uma perturbação do sono pode incluir os seguintes:
   Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação aguda da abstinência aguda ou da intoxicação grave; ou há outra evidência que sugere a existência de uma perturbação do sono independente não induzida por substância/medicamento (por exemplo, uma história de episódios recorrentes de perturbação do sono não associados a substância/medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*.
E. A perturbação do sono causa mal-estar clinicamente significativo ou défice do funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota. Este diagnóstico deve ser feito em vez do diagnóstico de intoxicação por substâncias ou de abstinência de substâncias apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para merecer atenção clínica independente.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM específicos para as perturbações do sono induzidas por [substância/medicamento] são indicados abaixo na tabela. Notar que a codificação da ICD-10-CM depende da existência ou não de uma perturbação de uso de substância comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação ligeira de uso de substância é comórbida com a perturbação do sono induzida por substância o dígito da 4.ª posição é «1» e o clínico deve registar a «perturbação ligeira de uso de [substância]» antes da perturbação do sono induzida por substância (por exemplo, perturbação ligeira de uso de cocaína com perturbação do sono induzida por cocaína). Se uma perturbação moderada ou grave de uso de substância é comórbida com a perturbação do sono induzida por substância o dígito da 4.ª posição é «2» e o clínico deve registar a «perturbação de uso moderado de [substância]» ou a «perturbação grave de uso de [substância]», dependendo da gravidade da perturbação de uso de substância comórbida. Se não existe nenhuma perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, após o uso único pesado de uma substância), o dígito da 4.ª posição é «9» e o clínico deve registar apenas a perturbação do sono induzida por substância. Uma perturbação moderada ou grave de uso de tabaco é necessária para codificar uma perturbação do sono induzida por tabaco; não é permitido codificar uma perturbação ligeira de uso de tabaco comórbida ou nenhuma perturbação de uso de tabaco comórbida com uma perturbação de sono induzida por tabaco.

Especificar se:

Tipo insónia. Caracterizada por dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir, despertares noturnos frequentes e sono não reparador.

Tipo sonolência diurna. Caracterizada por queixas importantes de excessiva sonolência/fadiga durante as horas de vigília ou, menos comummente, um período de sono longo.

Tipo parassónias. Caracterizada por eventos de comportamentos anormais durante o sono.

Tipo misto. Caracterizada por um problema de sono induzido por substância/medicamento caracterizada por múltiplos tipos de sintomas do sono, mas sem predomínio claro de nenhum sintoma.

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo «Perturbações Aditivas e Relacionadas com Substâncias» para diagnósticos associados com a classe de substâncias):

Com início durante a intoxicação. Este especificador deve ser usado se forem preenchidos os critérios para intoxicação com substância/medicamento e os sintomas se desenvolverem durante o período de intoxicação.

Com início durante a descontinuação/abstinência. Este especificador deve ser usado se forem preenchidos os critérios para descontinuação/abstinência da substância/medicamento e se os sintomas se desenvolverem durante ou pouco depois da descontinuação da substância/ /medicamento.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Perturbação de uso, ligeira	Perturbação de uso, moderada ou grave	Sem perturbação de uso
Álcool	291.82	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cannabis	292.85	F12.188	F12.288	F12.988
Opiáceos	292.85	F11.182	F12.282	F11.982
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	292.85	F13.182	F13.282	F13.982
Anfetaminas (ou outros estimulantes)	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	292.85	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	292.85	NA	F17.208	NA
Outras substâncias (ou desconhecidas)	292.85	F19.182	F19.282	F19.982

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação de sono induzida por substância/medicamento termina com o nome específico da substância (por exemplo, cocaína, bupropiona) que se presume ter causado a perturbação do sono. O código de diagnóstico é selecionado da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe de drogas. Para substâncias que não se encontram listadas (por exemplo, bupropiona) deve ser usado o código «outra substância»; e nos casos em que se presume que a substância é um fator etiológico mas a classe específica da substância não é conhecida, a categoria «substância desconhecida» deve ser usada.

O nome da perturbação é seguido pela especificação do início (por exemplo, início durante intoxicação, início durante descontinuação/abstinência) e depois pela designação do subtipo (isto é, tipo de insónia, tipo sonolência diurna, tipo parassónias ou tipo misto). Ao contrário dos procedimentos de registo para a ICD-10-CM, que combinam a perturbação induzida por substância e a perturbação de uso de substância num código único, na ICD-9-CM é atribuído um código diagnóstico separado para a perturbação de uso de substância. Por exemplo, no

caso de insónia que ocorre durante a abstinência de um homem com uma perturbação de uso grave de lorazepam, o diagnóstico é 292.85 perturbação do sono induzida por lorazepam, com início durante a abstinência, tipo insónia. Também deve ser atribuído um diagnóstico adicional de 304.10 perturbação de uso grave de lorazepam. Quando se pensa que mais do que uma substância pode ter um papel importante no desenvolvimento de uma perturbação do sono, cada uma deve ser indicada em separado (por exemplo, 292.85 perturbação do sono induzida pelo álcool, com início durante a intoxicação, tipo insónia; 292.85 perturbação do sono induzida por cocaína, com início durante a intoxicação, tipo insónia).

ICD-10-CM. O nome da perturbação de sono induzida por substância/medicamento termina com o nome específico da substância (por exemplo, cocaína, bupropiona) que se presume ter causado a perturbação do sono. O código de diagnóstico é selecionado da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe de drogas e presença ou ausência de uma perturbação de uso de substância comórbida. Para substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (por exemplo, bupropiona) deve ser usado o código «outra substância»; e nos casos em que se presume que a substância é um fator etiológico mas a classe específica da substância não é conhecida, a categoria «substância desconhecida» deve ser usada.

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação de uso de substância comórbida (se existente) é listada em primeiro lugar, seguida do especificador de início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a descontinuação/abstinência), registando-se depois a designação de subtipo (isto é, tipo de insónia, tipo sonolência diurna, tipo parassónias ou tipo misto). Por exemplo, no caso de insónia que ocorre durante a abstinência de um homem com uma perturbação de uso grave de lorazepam, o diagnóstico é F13.282 perturbação grave de uso de lorazepam com perturbação do sono induzida por lorazepam, com início durante a abstinência, tipo insónia. Não se atribui um diagnóstico separado de perturbação de uso grave de lorazepam. Se a perturbação de sono induzida por substância ocorre sem uma perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, com o uso de medicação), nenhuma perturbação de uso de substância acompanhante é registada (por exemplo, F19.982 perturbação do sono induzida por bupropiona, com início durante o uso da medicação, tipo insónia). Quando se pensa que mais do que uma substância pode ter um papel importante no desenvolvimento de uma perturbação do sono, cada uma deve ser indicada separadamente (por exemplo, F10.282 perturbação de uso grave de álcool com perturbação do sono induzida por álcool, com início durante a intoxicação, tipo insónia; F14.282 perturbação de uso grave de cocaína com perturbação do sono induzida por cocaína, com início durante a intoxicação, tipo insónia).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação do sono induzida por substância/medicamento é uma perturbação proeminente do sono que é suficientemente grave para merecer atenção clínica independente (Critério A) e que se julga estar primariamente associada aos efeitos farmacológicos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicação ou exposição a tóxicos) (Critério B). Dependendo da substância envolvida, é reportado 1 de 4 tipos de perturbação do sono. O tipo insónia e o tipo sonolência diurna são os mais comuns, enquanto o tipo parassónias é o menos observado. O tipo misto é observado quando estão presentes sintomas relacionados com mais do que uma perturbação do sono, mas nenhum dos sintomas predomina. A perturbação não deve ser mais bem explicada por outra perturbação do

sono (Critério C). A perturbação de sono induzida por substância/medicamento é distinguível da perturbação de insónia ou de uma perturbação associada com sonolência diurna excessiva considerando o início e evolução. Para as drogas de abuso deve haver evidência de intoxicação ou de abstinência na história clínica, exame físico ou nos achados laboratoriais. A perturbação do sono induzida por substância/medicamento surge somente em associação com estados de intoxicação ou descontinuação/abstinência, enquanto outras perturbações do sono podem preceder o início do uso da substância ou ocorrer em períodos de abstinência mantida. Como o estado de descontinuação/abstinência pode ser diferido para algumas substâncias, o início da perturbação do sono pode ocorrer até 4 semanas após o fim do uso da substância e a perturbação pode apresentar características atípicas de outras perturbações do sono (por exemplo, idade atípica de início e evolução). O diagnóstico não é realizado se a perturbação do sono ocorre apenas durante o curso de um *delirium* (Critério D). Os sintomas devem causar mal-estar clinicamente significativo ou défice do funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério E). Este diagnóstico deve feito em vez dos diagnósticos de intoxicação por substâncias ou de abstinência de substâncias apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando os sintomas garantem atenção clínica independente.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Durante os períodos de uso de substância/medicação, intoxicação ou abstinência, é frequente os indivíduos queixarem-se de humor disfórico, incluindo depressão e ansiedade, irritabilidade, compromisso cognitivo, incapacidade de concentração e fadiga.

Perturbações do sono proeminentes e graves podem ocorrer em associação com intoxicação das seguintes classes de substâncias: álcool, cafeína, *Cannabis*, opiáceos, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo a cocaína); e outras substâncias (ou desconhecidas). Perturbações do sono proeminentes e graves podem ocorrer em associação com abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool, cafeína, *Cannabis*, opiáceos, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo a cocaína); tabaco; e outras substâncias (ou desconhecidas). Algumas medicações que provocam perturbações do sono incluem os agonistas e antagonistas adrenérgicos, os agonistas e antagonistas dopaminérgicos, os agonistas e antagonistas colinérgicos, os agonistas e antagonistas serotoninérgicos, os anti-histamínicos e os corticosteroides.

Álcool. A perturbação do sono induzida por álcool ocorre tipicamente como tipo insónia. Durante a intoxicação aguda, o álcool produz um efeito sedativo imediato dependente da dose, acompanhado pelo aumento das fases 3 e 4 do sono não REM e pela redução do sono REM. A seguir a estes efeitos iniciais, pode existir aumento da vigília, sono agitado e sonhos vívidos e ansiosos no restante período de sono. Em paralelo, as fases 3 e 4 do sono estão reduzidas e o despertar e o sono REM aumentados. O álcool pode agravar a perturbação do sono relacionada com a respiração. Com a continuidade do uso, o álcool continua a mostrar um efeito sedativo na primeira metade da noite, seguido por uma disrupção da continuidade do sono na segunda metade da noite. Durante a abstinência de álcool existe uma disrupção extrema da continuidade do sono e um aumento na quantidade e intensidade do sono REM, associado muitas vezes a sonhos vívidos que, na sua forma extrema, são constituintes do *delirium de abstinência de álcool*. Após a abstinência aguda, os utilizadores crónicos de álcool podem continuar a queixar-se de sono leve e fragmentado durante semanas ou anos, com défice persistente no sono de ondas lentas.

Cafeína. A perturbação de sono induzida pela cafeína produz uma insónia de forma dose-dependente. Alguns indivíduos queixam-se de sonolência diurna durante a abstinência.

Cannabis. A administração aguda da *Cannabis* pode encurtar a latência do sono, apesar de despertares com aumento da latência do sono também poderem ocorrer. A *Cannabis* aumenta o sono de ondas lentas e suprime o sono REM após a administração aguda. Em utilizadores crónicos, desenvolve-se tolerância à indução do sono e aos efeitos de melhoria do sono de ondas lentas. Durante a abstinência, dificuldades do sono e sonhos desagradáveis têm sido relatados ao longo de várias semanas. Durante esta fase, os estudos polissonográficos evidenciam redução do sono de ondas lentas e aumento do sono REM.

Opiáceos. Durante o uso agudo e de curta duração os opiáceos podem produzir um aumento da sonolência e da sensação subjetiva de sono profundo e reduzir o sono REM. Com a administração continuada, desenvolve-se tolerância aos efeitos sedativos dos opiáceos e ocorrem queixas de insónia. Consistentemente com os seus efeitos depressores do sistema respiratório, os opiáceos agravam a apneia do sono.

Substâncias sedativas, hipnóticas e ansiolíticas. As substâncias desta classe (por exemplo, barbitúricos, agonistas dos recetores benzodiazepínicos, meprobamato, glutetimida e metiprilon) têm efeitos no sono semelhantes aos opiáceos. Durante a intoxicação aguda, as drogas sedativo-hipnóticas produzem o aumento de sonolência esperado e diminuem a vigília. O uso crónico (em particular dos barbitúricos e das antigas substâncias não barbitúricas não benzodiazepínicas) pode causar tolerância com consequente retorno da insónia. Pode ocorrer sonolência diurna. As substâncias sedativo-hipnóticas podem aumentar a frequência e gravidade dos episódios de apneia obstrutiva do sono. As parassónias estão associadas ao uso de agonistas dos recetores benzodiazepínicos, em especial quando estas medicações são tomadas em altas doses e combinadas com outras substâncias sedativas. A descontinuação abrupta do uso crónico de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas pode conduzir à abstinência, mas mais comummente à insónia de *rebound*. Esta é uma condição de exacerbação da insónia após a descontinuação da substância durante 1-2 dias, relatada mesmo quando existe uma utilização de curta duração. Substâncias sedativas, hipnóticas e ansiolíticas com períodos de ação curtos são mais prováveis de produzir queixas de insónia de *rebound*, enquanto as substâncias com períodos de ação mais prolongados associam-se a sonolência diurna. Qualquer substância sedativa, hipnótica ou ansiolítica pode potencialmente produzir sonolência diurna, abstinência ou insónia de *rebound*.

Anfetaminas, substâncias relacionadas e outros estimulantes. A perturbação de sono induzida por anfetaminas, substâncias relacionadas e outros estimulantes é caracterizada por insónia durante a intoxicação e hipersónia durante a abstinência. Durante a intoxicação aguda, os estimulantes reduzem a quantidade total de sono, aumentam a latência do sono, perturbam a continuidade do sono e diminuem o sono REM. O sono de ondas lentas tende a estar reduzido. Durante a abstinência do uso crónico de estimulantes, existe tanto aumento do tempo do sono noturno como sonolência excessiva diurna. Os testes de latências múltiplas do sono podem evidenciar um aumento da sonolência diurna durante a abstinência. Substâncias como a 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA; *ecstasy*) e substâncias relacionadas conduzem a um sono agitado e perturbado no prazo de 48 horas após a ingestão; o uso frequente destes compostos está associado a persistência dos sintomas de ansiedade, depressão e perturbações do sono, mesmo durante longos períodos de abstinência.

Tabaco. O consumo crónico de tabaco está primariamente associado a sintomas de insónia, diminuição do sono de ondas lentas com uma redução da eficiência do sono e aumento da sonolência diurna. A abstinência de tabaco pode conduzir a comprometimento do sono. Indivíduos com hábitos tabágicos pesados podem experimentar despertares noturnos frequentes devido à ânsia por tabaco.

Outras substâncias/medicamentos ou substâncias desconhecidas. Outras substâncias/medicamentos podem produzir perturbações do sono, particularmente os medicamentos que afetam o sistema nervoso central ou autónomo (por exemplo, agonistas e antagonistas adrenérgicos, agonistas e antagonistas dopaminérgicos, agonistas e antagonistas colinérgicos, agonistas e antagonistas serotoninérgicos, anti-histamínicos e corticosteroides).

Desenvolvimento e Curso

A insónia na criança pode ser identificada tanto pelos pais como pela criança. Muitas vezes a criança apresenta uma evidente perturbação do sono associada ao início da medicação, mas consegue não relatar sintomas apesar de os pais observarem a perturbação do sono. O uso de algumas substâncias ilícitas (por exemplo, *Cannabis*, *ecstasy*) é prevalente na adolescência e na idade adulta jovem. A insónia ou qualquer outra perturbação do sono observada neste grupo etário deve levar a considerar se a perturbação do sono é devida ao consumo destas substâncias. A procura de ajuda neste grupo etário para a perturbação do sono é limitada e, assim, um relato corroborativo pode ser procurado junto dos pais, cuidadores ou professores. Indivíduos mais velhos fazem maior quantidade de medicação pelo que estão em maior risco de desenvolver uma perturbação do sono induzida por substância/medicamento. Estes indivíduos podem interpretar a perturbação do sono como fazendo parte do processo normal de envelhecimento e, assim, falhar no relato dos sintomas. Os indivíduos com perturbação neurocognitiva major (por exemplo, demência) estão em risco para perturbação do sono induzida por substância/medicamento, mas podem não relatar os sintomas, assumindo, desta forma, importância particular o relato corroborativo dos cuidadores.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Os fatores de risco e prognóstico envolvidos no abuso/dependência de substâncias ou uso de medicamentos são normativos para certos grupos etários. Estes são relevantes para, e prováveis de aplicar, ao tipo de perturbação do sono encontrado (ver o capítulo «Perturbações Aditivas e Relacionadas com Substâncias» para a descrição das respetivas perturbações de uso de substâncias).

Temperamentais. O uso de substâncias em geral precipita ou acompanha a insónia em indivíduos vulneráveis. Assim, a presença de insónia em resposta ao stress ou mudança de ambiente ou horário do sono pode representar um risco para desenvolver perturbação do sono induzida por substância/medicamento. Um risco similar pode estar presente em indivíduos com outras perturbações do sono (por exemplo, indivíduos com hipersónia que usam estimulantes).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O consumo de substâncias, incluindo a medicação prescrita, pode depender em certo grau do contexto cultural e dos regulamentos locais específicos para as substâncias.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Existem prevalências específicas do género (isto é, as mulheres são afetadas mais do que os homens numa proporção de 2:1) para o padrão de consumo de algumas substâncias (por exemplo, o álcool). A mesma quantidade e duração de consumo de uma dada substância pode conduzir a resultados altamente diferentes relacionados com o sono entre homens e mulheres, sustentados, por exemplo, nas diferenças específicas do género em relação à função hepática.

Marcadores de Diagnóstico

Cada perturbação do sono induzida por substância/medicamento produz um padrão de sono eletrencefalográfico que está associado a, mas não pode ser considerado diagnóstico de, outras perturbações. O padrão de sono eletroencefalográfico de cada substância está relacionado com a fase de uso: uso/intoxicação, uso crónico ou abstinência após descontinuação da substância. Todas as polissonografias noturnas podem ajudar a definir a gravidade das queixas de insónia, enquanto os testes de latências múltiplas do sono fornecem informação acerca da gravidade da sonolência diurna. A monitorização polissonográfica da respiração noturna e dos movimentos periódicos das pernas pode verificar o impacte da substância na respiração noturna e no comportamento motor. Os diários de sono durante 2 semanas e a actigrafia são considerados úteis na confirmação da perturbação do sono induzida por substância/medicamento. O rastreio de substâncias pode ser útil quando o indivíduo não tem conhecimento ou mostra relutância em fornecer informação acerca da toma de substâncias.

Consequências Funcionais da Perturbação do Sono Induzida por Substância/Medicamento

Enquanto existem muitas consequências funcionais associadas às perturbações do sono, a única consequência da perturbação do sono induzida por substância/medicamento é o risco aumentado de recaída. O grau de perturbação do sono durante a abstinência de álcool prediz o risco de recaída (por exemplo, o *rebound* do sono REM prediz o risco de recaída de ingestão de álcool). A monitorização da qualidade do sono e da sonolência diurna durante e após a abstinência pode fornecer informação clínica valiosa acerca do risco em que o indivíduo se encontra para recaída.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias. As perturbações do sono são muitas vezes encontradas no contexto de intoxicação por substâncias ou descontinuação/abstinência de substâncias. Um diagnóstico de perturbação do sono induzida por substância/medicamento deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias apenas quando a perturbação do sono for predominante no quadro clínico e suficientemente grave para ser foco de atenção clínica independente.

Delirium. Se a perturbação do sono induzida por substância/medicação ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*, esta não é diagnosticada de forma independente.

Outras perturbações do sono. Uma perturbação do sono induzida por substância/medicamento é distinguível de outra perturbação do sono se existe uma substância/medicamento que se julga etiologicamente relacionada com os sintomas. A perturbação do sono induzida por substância/medicamento atribuída a uma medicação prescrita para uma perturbação mental ou condição médica deve ter o seu início enquanto o indivíduo recebe a medicação ou durante a descontinua-

ção, se existir uma síndrome de descontinuação/abstinência associada à medicação. Quando o tratamento é descontinuado, a perturbação do sono em regra remite em dias ou várias semanas. Se os sintomas persistem após 4 semanas, devem ser consideradas outras causas para os sintomas relacionados com a perturbação do sono. Não é raro os indivíduos com outra perturbação do sono usarem medicação ou drogas de abuso para se automedicarem para os seus sintomas (por exemplo, uso de álcool para gerir a insónia). Se se julga que a substância/medicamento desempenha um papel importante na exacerbação da perturbação de sono, um diagnóstico adicional de perturbação do sono induzida por substância/medicamento pode justificar-se.

Perturbação do sono devida a outra condição médica. A perturbação do sono induzida por substância/medicamento e a perturbação do sono devida a outra condição médica podem produzir sintomas semelhantes de insónia, sonolência diurna ou parassónias. Muitos indivíduos com outras condições médicas que causam perturbação do sono são tratados com medicamentos que também podem causar perturbações do sono. A cronologia dos sintomas é o fator mais importante para distinguir entre estas duas fontes de sintomas do sono. Dificuldades no sono que inequivocamente precedem o uso de qualquer medicação para o tratamento de uma condição médica devem sugerir o diagnóstico de uma perturbação do sono associada com outra condição médica. Inversamente, sintomas do sono que aparecem apenas após o início de uma substância/medicamento particular sugerem uma perturbação do sono induzida por substância/medicamento. Se a perturbação é comórbida com outra condição médica e também é exacerbada pelo uso da substância, ambos os diagnósticos (isto é, perturbação do sono devida a outra condição médica e perturbação do sono induzida por substância/medicamento) são atribuídos. Quando não existe evidência suficiente para determinar se a perturbação do sono é atribuível a uma substância/medicamento ou a outra condição médica, ou é primária (isto é, não provocada nem por uma substância/medicamento nem por outra condição médica), o diagnóstico de perturbação do despertar do sono com outra especificação ou de perturbação do despertar do sono não especificada deve ser indicado.

Comorbilidades

Ver neste capítulo as secções de «Comorbilidades» para outras perturbações do sono, incluindo a insónia, hipersónia, apneia central do sono, hipoventilação relacionada com o sono, perturbações do ritmo circadiano do sono-vigília.

Relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*

A *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*, 2.ª edição (*ICSD-2*), lista as perturbações do sono «devidas a drogas ou substâncias» segundo os seus fenótipos respetivos (isto é, insónia, hipersónia).

Perturbação de Insónia com Outra Especificação

780.52 (G47.09)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos da perturbação de insónia que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para perturbação de insónia ou de qualquer uma das outras perturbações da classe

diagnóstica das perturbações do sono-vigília. A perturbação de insónia com outra especificação é utilizada em situações em que o clínico escolhe comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não reúne os critérios para perturbação de insónia ou de nenhuma perturbação específica do sono-vigília. Isto é feito registando-se «perturbação de insónia com outra especificação» seguido do motivo específico (por exemplo, «perturbação de insónia breve»).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação «com outra especificação», incluem os seguintes:

1. **Perturbação de insónia breve**. Duração inferior a 3 meses.
2. **Limitado a sono não reparador**. A queixa predominante é a de sono não reparador, sem outros sintomas acompanhantes, como dificuldade em adormecer ou de permanecer adormecido.

Perturbação de Insónia Não Especificada

780.52 (G47.00)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos da perturbação de insónia que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para perturbação de insónia ou de qualquer uma das outras perturbações da classe diagnóstica das perturbações do sono-vigília. A perturbação de insónia não especificada é utilizada em situações em que o clínico escolhe *não* especificar o motivo pelo qual a apresentação não reúne os critérios para perturbação de insónia ou de nenhuma perturbação específica do sono-vigília e inclui apresentações em que não existe informação suficiente para estabelecer um diagnóstico mais específico.

Perturbação de Hipersonolência com Outra Especificação

780.54 (G47.19)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de perturbação de hipersonolência que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para perturbação de hipersonolência ou de qualquer uma das outras perturbações da classe diagnóstica das perturbações do sono-vigília. A categoria de perturbação de hipersonolência com outra especificação é utilizada em situações em que o clínico escolhe comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não reúne os critérios para perturbação de hipersonolência ou de nenhuma perturbação específica do sono-vigília. Isto é feito registando-se «perturbação de hipersonolência com outra especificação» seguido do motivo específico (por exemplo, «hipersonolência de curta-duração», como na síndrome de Kleine-Levin).

Perturbação de Hipersonolência Não Especificada

780.54 (G47.10)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de perturbação de hipersonolência que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para perturbação de hipersonolência ou de qualquer uma das outras perturbações da classe diagnóstica das perturbações do sono-vigília. A categoria de perturbação de hipersonolência não especificada é utilizada em situações em que o clínico escolhe *não* especificar o motivo pelo qual a apresentação não reúne os critérios para perturbação de hipersonolência ou de nenhuma perturbação específica do sono-vigília e inclui apresentações em que não existe informação suficiente para estabelecer um diagnóstico mais específico.

Perturbação do Sono-Vigília com Outra Especificação

780.59 (G47.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de perturbação do sono-vigília que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para qualquer uma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações do sono-vigília e não se qualificam para o diagnóstico de perturbação de insónia com outra especificação nem de perturbação de hipersonolência com outra especificação. A categoria de perturbação do sono-vigília com outra especificação é utilizada em situações em que o clínico escolhe comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não reúne os critérios para qualquer perturbação específica do sono-vigília. Isto é feito registando-se «perturbação do sono-vigília com outra especificação» seguido do motivo específico (por exemplo, «despertares repetidos durante a fase do sono de movimento rápido dos olhos (REM) sem polissonografia ou história de doença de Parkinson ou de outra sinucleinopatia»).

Perturbação do Sono-Vigília Não Especificada

780.59 (G47.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de perturbação do sono-vigília que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para qualquer uma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações do sono-vigília e não se qualificam para o diagnóstico de perturbação de insónia não especificada ou de perturbação de hipersonolência não especificada. A categoria de perturbação do sono-vigília não especificada é utilizada em situações em que o clínico *não* especifica o motivo pelo qual a apresentação não reúne os critérios de perturbação específica do sono-vigília e inclui apresentações em que não existe informação suficiente para estabelecer um diagnóstico mais específico.

Disfunções Sexuais

As disfunções sexuais incluem a ejaculação retardada, a disfunção erétil, a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação sexual feminino, a perturbação de dor genitopélvica/penetração, a perturbação do desejo sexual hipoativo masculino, a ejaculação prematura (precoce), a disfunção sexual induzida por substância/medicamento, as disfunções sexuais com outra especificação e as disfunções sexuais não especificadas. As disfunções sexuais constituem um grupo heterogéneo de perturbações que são caracterizadas tipicamente por uma alteração clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou sentir prazer sexual. Um indivíduo poderá ter várias disfunções sexuais em simultâneo. Nesses casos, todas as disfunções devem ser diagnosticadas.

Deve usar-se o juízo clínico para determinar se as dificuldades sexuais são o resultado de uma estimulação sexual inadequada. Nesses casos, poderá haver ainda assim necessidade de tratamento, mas não deverá ser feito um diagnóstico de disfunção sexual. Estes casos podem incluir, embora não se limitem a, condições em que existe falta de conhecimento acerca do facto de que a ausência de estimulação eficaz impede a experiência de excitação ou de orgasmo.

São usados subtipos para designar o início da dificuldade. Em muitos indivíduos com disfunções sexuais, o momento de início pode sugerir diferentes etiologias e intervenções. *Ao longo da vida* refere-se a um problema sexual que esteve presente desde as primeiras experiências sexuais, enquanto *adquirido* se aplica a perturbações sexuais que se desenvolveram após um período de funcionamento sexual relativamente normal. *Generalizado* refere-se a dificuldades sexuais que não se limitam a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros, e *situacional* refere-se a dificuldades sexuais que ocorrem apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Além dos subtipos ao longo da vida/adquirido e generalizado/situacional, durante a avaliação da disfunção sexual deve ser considerada uma série de fatores, uma vez que podem ser relevantes para etiologia e/ou tratamento e que podem contribuir, em vários graus, entre os indivíduos: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro; estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre; discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, desemprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento.

O juízo clínico acerca do diagnóstico de disfunção sexual deve ter em consideração fatores culturais que podem influenciar as expectativas ou ditar proibições acerca da experiência de prazer sexual. O envelhecimento poderá estar associado a uma diminuição normativa da resposta sexual.

A resposta sexual baseia-se em requisitos biológicos, ainda que habitualmente seja experienciada num contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Assim, a função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Em muitos contextos clínicos, a compreensão precisa da etiologia de um problema sexual é desconhecida. No entanto, um diagnóstico de disfunção sexual exige a exclusão de problemas que são mais bem explicados por uma perturbação mental não sexual, pelos efeitos de uma substância (por exemplo, drogas ou medicamentos), por uma condição médica (por exemplo, devido a lesão de um nervo pélvico) ou por dificuldades relacionais graves, violência do parceiro ou outros fatores de stress.

Se a disfunção sexual é explicada principalmente por outra perturbação mental não sexual (por exemplo, perturbação depressiva ou bipolar, perturbação de ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, perturbação psicótica), então deve ser feito apenas o diagnóstico da outra perturbação mental. Se o problema é mais bem explicado pelo uso/abuso ou abstinência de uma droga ou substância, este deve, em conformidade, ser diagnosticado como uma disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Se a disfunção sexual é atribuível a outra condição médica (por exemplo, neuropatia periférica), o indivíduo não receberá um diagnóstico psiquiátrico. Se houver dificuldades relacionais graves, violência do parceiro ou fatores de stress que expliquem melhor as dificuldades sexuais, não se faz um diagnóstico de disfunção sexual, mas inclui-se um código V ou Z apropriado ao problema relacional ou ao fator de stress. Em muitos casos, não se consegue estabelecer uma relação etiológica precisa entre outra condição (por exemplo, uma condição médica) e uma disfunção sexual.

Ejaculação Retardada

Critérios de Diagnóstico — 302.74 (F52.32)

A. Qualquer um dos seguintes sintomas deve ser experienciado em quase todas ou todas as ocasiões (aproximadamente 75%-100%) de atividade sexual com parceiro (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos), e sem que o atraso seja desejado pelo indivíduo:
   1. Atraso marcado da ejaculação.
   2. Ejaculação marcadamente infrequente ou ausência de ejaculação.
B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar se:

Generalizada. Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional. Ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do Critério A.

Moderada. Evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do Critério A.

Grave. Evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do Critério A.

Características de Diagnóstico

A característica distintiva da ejaculação retardada é um atraso marcado ou a incapacidade de atingir a ejaculação (Critério A). O homem refere dificuldade ou incapacidade para ejacular apesar da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular. A queixa atual envolve em regra atividade sexual com parceiro. Na maioria dos casos, o diagnóstico será realizado por autorrelato do indivíduo. A definição de «atraso» não tem limites precisos, uma vez que não existe consenso quanto ao que constitui um tempo razoável para atingir o orgasmo ou o que é considerado inaceitavelmente demorado para a maioria dos homens e dos seus parceiros sexuais.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O homem e o seu parceiro podem referir necessitar de penetração prolongada para atingir o orgasmo ao ponto da exaustão ou do desconforto genital, cessando depois os esforços. Alguns homens podem referir evitamento da atividade sexual devido a um padrão repetitivo de dificuldade em ejacular. Alguns parceiros sexuais podem referir que se sentem menos atraentes sexualmente porque o seu parceiro é incapaz de ejacular facilmente.

Além dos subtipos «ao longo da vida/adquirida» e «generalizada/situacional», durante a avaliação e diagnóstico de ejaculação retardada devem ser considerados os 5 fatores seguintes, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Nos diversos homens com esta perturbação, cada um destes fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação.

Prevalência

A prevalência não é clara devido à ausência de uma definição precisa desta síndrome. Trata-se da queixa sexual masculina menos comum. Apenas 75% dos homens referem que ejaculam sempre durante a atividade sexual e menos de 1% se queixará de problemas em atingir a ejaculação que persistam mais de 6 meses.

Desenvolvimento e Curso

A ejaculação retardada ao longo da vida inicia-se com as primeiras experiências sexuais e mantém-se pela vida fora. Por definição, a ejaculação retardada adquirida inicia-se após um

período de função sexual normal. Existe evidência mínima acerca do curso da ejaculação retardada adquirida. A prevalência de ejaculação retardada parece manter-se relativamente constante até por volta dos 50 anos, altura em que a incidência começa a aumentar de forma significativa. Homens na nona década de vida referem 2 vezes mais dificuldade em ejacular do que os homens com menos de 59 anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perda de nervos sensitivos periféricos de condução rápida e a diminuição da secreção de esteroides sexuais relacionadas com a idade podem estar associadas ao aumento da ejaculação retardada em homens com mais de 50 anos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As queixas de atraso na ejaculação variam entre países e culturas. Essas queixas são mais comuns entre homens de populações asiáticas do que em homens que vivem na Europa, Austrália ou nos EUA. Esta variação pode ser atribuível a diferenças culturais ou genéticas entre culturas.

Consequências Funcionais da Ejaculação Retardada

A dificuldade na ejaculação pode contribuir para dificuldades na conceção. A ejaculação retardada está frequentemente associada a mal-estar psicológico considerável em um ou ambos os parceiros.

Diagnóstico Diferencial

Outra condição médica. O principal diagnóstico diferencial é entre ejaculação retardada totalmente explicada por outra doença médica ou lesão e ejaculação retardada com uma etiologia psicogénica, idiopática ou psicológica e médica combinadas. O aspeto situacional da queixa é sugestivo de uma base psicológica para o problema (por exemplo, homens que conseguem ejacular durante a atividade sexual com um dos sexos, mas não com o outro; homens que conseguem ejacular com um parceiro, mas não com outro do mesmo sexo; homens com padrões de excitação parafílicos; homens que exigem uma atividade altamente ritualizada para ejacular durante a atividade sexual com parceiro). Outra doença médica ou lesão pode, independentemente de questões psicológicas, produzir atrasos na ejaculação. Por exemplo, a incapacidade de ejacular pode ser causada pela interrupção da inervação dos genitais, tal como pode acontecer após lesão cirúrgica traumática dos gânglios simpáticos lombares, cirurgia abdominoperitoneal ou simpatectomia lombar. Pensa-se que a ejaculação esteja sob o controlo do sistema nervoso autónomo envolvendo os nervos hipogástrico (simpático) e pudendo (parassimpático). Várias doenças neurodegenerativas, tais como a esclerose múltipla e a neuropatia diabética e alcoólica, podem causar incapacidade para ejacular. A ejaculação retardada deve também ser distinguida da ejaculação retrógrada (isto é, ejaculação para dentro da bexiga), que poderá ocorrer após a ressecção prostática transuretral.

Uso de substância/medicamento. Vários agentes farmacológicos, como antidepressivos, antipsicóticos, fármacos alfa-simpaticomiméticos e fármacos opioides, podem causar problemas ejaculatórios.

Disfunção com orgasmo. É importante apurar na história se a queixa se centra na ejaculação retardada ou na sensação de orgasmo ou em ambas. A ejaculação ocorre nos genitais, enquanto se crê que a experiência do orgasmo seja primariamente subjetiva. A ejaculação e o orgasmo ocorrem habitualmente em simultâneo, mas nem sempre. Por exemplo, um homem com um padrão ejaculatório normal poderá queixar-se de diminuição do prazer (isto é, ejaculação anedónica). Essa queixa não deveria ser codificada como ejaculação retardada, mas poderia ser codificada como disfunção sexual com outra especificação ou como disfunção sexual não especificada.

Comorbilidades

Existe alguma evidência que sugere que a ejaculação retardada pode ser mais comum nas formas graves de perturbação depressiva major.

Disfunção Erétil

Critérios de Diagnóstico 302.72 (F52.21)

A. Pelo menos 1 dos seguintes 3 sintomas deve ser experienciado em quase todas ou todas as ocasiões (aproximadamente 75%-100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos):
   1. Dificuldade marcada em atingir uma ereção durante a atividade sexual.
   2. Dificuldade marcada em manter uma ereção até completar a atividade sexual.
   3. Diminuição marcada da rigidez da ereção.

B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.

C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar se:

Generalizada. Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional. Ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do Critério A.

Moderada. Evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do Critério A.

Grave. Evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do Critério A.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da disfunção erétil consiste na incapacidade repetida de atingir ou manter ereções durante atividades sexuais com parceiro (Critério A). É necessária uma história sexual cuidada para assegurar que o problema esteve presente durante um período de tempo significativo (isto é, pelo menos aproximadamente 6 meses) e ocorre na maioria das

ocasiões sexuais (isto é, em pelo menos 75% do tempo). Os sintomas podem ocorrer apenas em situações específicas, envolvendo certos tipos de estimulação ou parceiros, ou podem ocorrer de uma forma generalizada em todos os tipos de situações, estimulação ou parceiros.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Muitos homens com disfunção erétil podem ter baixa autoestima, baixa autoconfiança e uma sensação diminuída de masculinidade e experimentar humor deprimido. Pode ocorrer medo e/ou evitamento de encontros sexuais futuros. É comum que o parceiro apresente satisfação e desejo sexual diminuídos.

Além dos subtipos «ao longo da vida/adquirida» e «generalizada/situacional», durante a avaliação e diagnóstico de disfunção erétil devem ser considerados os 5 fatores seguintes, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Nos diversos homens com esta perturbação, cada um destes fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação.

Prevalência

A prevalência da disfunção erétil ao longo da vida *versus* adquirida é desconhecida. Existe um forte aumento da prevalência e da incidência de problemas com a ereção relacionados com a idade, em particular depois dos 50 anos. Cerca de 13%-21% dos homens com 40-80 anos queixam-se de problemas ocasionais com as ereções. Cerca de 2% dos homens abaixo dos 40-50 anos queixam-se de problemas frequentes com ereções, enquanto 40%-50% dos homens com mais de 60-70 anos podem ter problemas significativos com as ereções. Cerca de 20% dos homens receiam ter problemas de ereção na sua primeira experiência sexual, ao passo que aproximadamente 8% experimentam problemas de ereção que impediram a penetração durante a sua primeira experiência sexual.

Desenvolvimento e Curso

A disfunção erétil numa primeira tentativa sexual parece estar associada ao facto de ter sexo com um parceiro previamente desconhecido, ao uso concomitante de drogas ou álcool, não querer ter sexo e pressão dos pares. Há evidência mínima no que respeita à persistência desses problemas depois da primeira tentativa. Presume-se que a maior parte desses problemas remite espontaneamente sem intervenção profissional, mas alguns homens podem continuar a ter problemas episódicos. Pelo contrário, a disfunção erétil adquirida associa-se muitas vezes a fatores biológicos tais como diabetes e doença cardiovascular. A disfunção erétil adquirida tende a tornar-se persistente na maioria dos homens.

A história natural da disfunção erétil ao longo da vida é desconhecida. A observação clínica suporta a associação entre disfunção erétil ao longo da vida e fatores psicológicos que são autolimitados ou que respondem às intervenções psicológicas, enquanto, como mencionado anteriormente, é mais provável que a disfunção erétil adquirida esteja relacionada com fatores biológicos e a ser persistente. A incidência de disfunção erétil aumenta com a idade.

Uma minoria de homens com o diagnóstico de disfunção erétil moderada terá remissão espontânea dos sintomas sem intervenção médica. O mal-estar associado à disfunção erétil é mais baixo nos homens mais velhos do que nos mais novos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Traços neuróticos da personalidade podem estar associados a problemas de ereção em estudantes universitários e traços submissos da personalidade poderão associar-se a problemas de ereção em homens de 40 ou mais anos. A *alexitimia* (isto é, défices no processamento cognitivo das emoções) é comum em homens com o diagnóstico de disfunção erétil «psicogénica». Os problemas de ereção são comuns em homens com o diagnóstico de depressão e perturbação de stress pós-traumático.

Modificadores do curso. Constituem fatores de risco para a disfunção erétil adquirida a idade, fumar tabaco, falta de exercício físico, diabetes e diminuição do desejo.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As queixas acerca de disfunção erétil variam entre países. Não é claro em que medida estas diferenças representam diferenças nas expectativas culturais em oposição às diferenças genuínas de frequência da disfunção erétil.

Marcadores de Diagnóstico

O teste da tumescência peniana noturna e a turgidez erétil medicada durante o sono pode ser utilizada para ajudar a diferenciar os problemas eréteis orgânicos dos psicogénicos no pressuposto de que ereções adequadas durante o sono REM indicam uma etiologia psicológica para o problema. Uma série de outros procedimentos de diagnóstico poderá ser utilizada dependendo da avaliação do clínico quanto à sua relevância tendo em conta a idade do indivíduo, problemas médicos comórbidos e a apresentação clínica. A ecografia com doppler e a injeção intravascular de agentes vasoativos, bem como procedimentos de diagnóstico invasivos como a cavernosografia por infusão dinâmica, podem ser utilizados para avaliar a integridade vascular. Estudos de condução do nervo pudendo, incluindo potenciais evocados somatossensitivos, podem ser realizados quando se suspeita de uma neuropatia periférica. Em homens que também se queixam de diminuição do desejo sexual é frequente avaliar a testosterona plasmática ou livre de forma a determinar se a dificuldade é secundária a fatores endocrinológicos. A função tiroideia também pode ser avaliada. A determinação da glicemia em jejum é útil para excluir a presença de diabetes *mellitus*. A avaliação dos lípidos séricos é importante, uma vez que a disfunção erétil em homens com 40 anos ou mais é preditiva de risco futuro para doença arterial coronária.

Consequências Funcionais da Disfunção Erétil

A disfunção erétil pode interferir com a fertilidade e causa mal-estar individual e interpessoal. O medo e/ou evitamento de encontros sexuais pode interferir com a capacidade de desenvolver relacionamentos íntimos.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações mentais não sexuais. A perturbação depressiva major e a disfunção erétil estão intimamente associadas, podendo a disfunção erétil acompanhar uma perturbação depressiva grave.

Função erétil normal. O diagnóstico diferencial deve ter em consideração uma função erétil normal em homens com expectativas excessivas.

Uso de substância/medicamento. Outro dos diagnósticos diferenciais principais é se o problema erétil é secundário ao uso de substância/medicamento. Um início dos sintomas que coincida com o início de uso de substância/medicamento e que se dissipe com a descontinuação da substância/medicamento ou com a redução de dose é sugestivo de uma disfunção sexual induzida por substância/medicamento.

Outra condição médica. O aspeto mais difícil do diagnóstico diferencial de disfunção erétil é a exclusão de problemas eréteis que sejam totalmente explicados por fatores médicos. Esses casos não devem receber um diagnóstico de uma perturbação mental. A distinção entre disfunção erétil como perturbação mental e disfunção erétil como resultado de outra condição médica é muitas vezes pouco clara, e muitos casos terão complexas interações etiológicas de natureza biológica e psiquiátrica. Se o indivíduo tiver mais de 40-50 anos e/ou tiver problemas médicos concomitantes, o diagnóstico diferencial deveria incluir etiologias médicas, em particular doença vascular. A presença de uma doença orgânica conhecida por causar problemas eréteis não confirma uma relação causal. Por exemplo, um homem com diabetes *mellitus* pode desenvolver disfunção erétil em resposta a stress psicológico. De forma geral, a disfunção erétil devida a fatores orgânicos é generalizada e tem um início gradual. Uma exceção são os problemas eréteis após lesão traumática da inervação dos órgãos genitais (por exemplo, lesão da espinal medula). Os problemas eréteis que sejam situacionais e inconsistentes e que tenham um início abrupto após um acontecimento de vida stressante são mais frequentemente devidos a acontecimentos psicológicos. Uma idade inferior a 40 anos também é sugestiva de uma etiologia psicológica para a dificuldade.

Outras disfunções sexuais. A disfunção erétil poderá coexistir com a ejaculação prematura (precoce) e com a perturbação de desejo sexual hipoativo masculino.

Comorbilidades

A disfunção erétil pode ser comórbida com outros diagnósticos sexuais, tais como ejaculação prematura (precoce) e perturbação de desejo sexual hipoativo masculino, tal como com perturbações de ansiedade e depressivas. A disfunção erétil é comum em homens com sintomas do trato urinário inferior relacionados com hipertrofia prostática. A disfunção erétil pode associar-se a dislipidemia, doença cardiovascular, hipogonadismo, esclerose múltipla, diabetes *mellitus* e a outras doenças que interfiram com as funções vascular, neurológica ou endócrina necessárias para uma função erétil normal.

Relação com a Classificação Internacional das Doenças

A disfunção erétil é codificada como falha de resposta genital na ICD-10-CM (F52.2).

Perturbação do Orgasmo Feminino

Critérios de Diagnóstico 302.73 (F5.31)

A. Presença de 1 dos seguintes sintomas experienciado em quase todas ou todas (aproximadamente 75%-100%) as ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos):

1. Atraso marcado, marcada infrequência ou ausência de orgasmo.
2. Redução marcada da intensidade das sensações orgásmicas.

B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.

C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves (por exemplo, violência do parceiro) ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar se:

Generalizada. Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional. Ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar se:

Nunca experienciou um orgasmo em qualquer situação.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do Critério A.

Moderada. Evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do Critério A.

Grave. Evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do Critério A.

Características de Diagnóstico

A perturbação do orgasmo feminino é caracterizada pela dificuldade em experienciar o orgasmo e/ou uma marcada diminuição da intensidade das sensações orgásmicas (Critério A). As mulheres apresentam grande variabilidade quanto ao tipo ou intensidade da estimulação que desencadeia o orgasmo. De forma similar, as descrições subjetivas de orgasmo são extremamente variadas, sugerindo que é experienciado de formas muito diferentes, tanto entre mulheres como pela mesma mulher em diferentes ocasiões. Para um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino, os sintomas deverão ser experienciados em quase todas ou todas (cerca de 75%-100%) as ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos) e terem uma duração mínima de cerca de 6 meses. O uso de critérios mínimos de gravidade e de duração serve para diferenciar as dificuldades transitórias no orgasmo de uma disfunção do orgasmo mais persistente. A inclusão de «aproximadamente» no Critério B permite o juízo clínico em casos em que a duração dos sintomas não cumpre o limiar de 6 meses recomendado.

Para que uma mulher tenha o diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino, os sintomas têm de ser acompanhados de mal-estar clinicamente significativo (Critério C). Em muitos casos de problemas do orgasmo, as causas são multifatoriais ou não podem ser determinadas. Se se considera que a perturbação do orgasmo feminino é mais bem explicada por outra perturbação mental, pelos efeitos de uma substância/medicamento ou por uma condição médica, então um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino não deverá ser feito. Finalmente, se estiverem presentes fatores interpessoais ou contextuais significativos, tais como dificuldades relacionais graves, violência por parte do parceiro sexual ou outros fatores de stress significativos, então não deverá ser feito um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino.

Muitas mulheres precisam de estimulação clitoriana para atingir o orgasmo e uma proporção relativamente pequena de mulheres refere que atinge sempre o orgasmo durante a penetração peniano-vaginal. Portanto, uma mulher que atinja o orgasmo através de estimulação clitoriana mas não durante a penetração não preenche critérios para um diagnóstico clínico de perturbação do orgasmo feminino. Também é importante ter em conta se as dificuldades com o orgasmo são o resultado de uma estimulação sexual inadequada. Nestes casos, poderá ainda haver necessidade de cuidados, mas não deverá ser feito um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

De forma geral, não se encontraram associações entre traços de personalidade específicos ou psicopatologia e disfunção orgásmica. Comparadas com mulheres sem a perturbação, algumas mulheres com perturbação do orgasmo feminino podem ter maior dificuldade em falar acerca de questões sexuais. Contudo, a satisfação sexual global não se relaciona fortemente com a experiência orgásmica. Muitas mulheres referem elevados níveis de satisfação sexual apesar de raramente ou nunca atingirem o orgasmo. As dificuldades com o orgasmo nas mulheres estão muitas vezes associadas a problemas relacionados com o interesse e excitação sexuais.

Além dos subtipos «ao longo da vida/adquirida» e «generalizada/situacional», durante a avaliação e diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino devem ser considerados os 5 fatores seguintes, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Nas diversas mulheres com esta perturbação, cada um destes fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação.

Prevalência

As taxas de prevalência relatadas para os problemas do orgasmo feminino variam amplamente desde 10% a 42%, dependendo de múltiplos fatores (por exemplo, idade, cultura, duração e gravidade dos sintomas). Contudo, estas estimativas não levam em conta a presença de mal-estar. Apenas uma proporção de mulheres que experienciam dificuldades com o orgasmo refere também mal-estar associado. Variações na forma como os sintomas são avaliados (por exemplo, a duração dos sintomas e o período de evocação) também influenciam as taxas de prevalência. Aproximadamente 10% das mulheres não experienciam orgasmo ao longo da sua vida.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a perturbação do orgasmo feminino ao longo da vida indica que as dificuldades no orgasmo estiveram sempre presentes, enquanto o subtipo adquirida será atribuído se as dificuldades no orgasmo feminino se tiverem desenvolvido após um período de funcionamento orgásmico normal.

A primeira experiência de orgasmo de uma mulher pode ocorrer em qualquer altura desde o período pré-púbere até a uma idade adulta avançada. As mulheres apresentam um padrão mais variável na idade do primeiro orgasmo do que os homens, e os relatos de mulheres que tenham experienciado o orgasmo aumentam com a idade. Muitas mulheres aprendem a experienciar o orgasmo quando experimentam uma ampla variedade de estimulações e adquirem mais conhecimento sobre os seus corpos. As taxas de consistência do orgasmo nas mulheres (definida como experienciar o orgasmo «habitualmente ou sempre») são mais elevadas durante a masturbação do que durante a atividade sexual com o parceiro.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Um grande número de fatores psicológicos, tais como a ansiedade e preocupações com engravidar, podem potencialmente interferir com a capacidade de uma mulher experienciar o orgasmo.

Ambientais. Nas mulheres, existe uma forte associação entre problemas relacionais, saúde física e saúde mental e dificuldades com o orgasmo. Fatores socioculturais (por exemplo, expetativas quanto aos papéis de género e normas religiosas) são também influências importantes na ocorrência de dificuldades com o orgasmo.

Genéticos e fisiológicos. Muitos fatores fisiológicos podem influenciar a experiência do orgasmo feminino, incluindo condições médicas e medicamentos. Condições como a esclerose múltipla, lesão de nervos pélvicos resultante de histerectomia radical e lesão da espinal medula podem influenciar o funcionamento orgásmico na mulher. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina são conhecidos por atrasar ou inibir o orgasmo nas mulheres. Mulheres com atrofia vulvovaginal (caracterizada por sintomas como secura vaginal, prurido e dor) têm maior probabilidade de referir dificuldades no orgasmo do que mulheres sem essa condição. A menopausa não se associa de forma consistente com a possibilidade de ter dificuldades no orgasmo. Pode existir uma contribuição genética significativa para a variação da função orgásmica feminina. Contudo, é provável que fatores psicológicos, socioculturais e fisiológicos interajam de forma complexa de modo a influenciar a experiência feminina do orgasmo e as dificuldades no orgasmo.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Dependendo do contexto cultural, pode variar o grau com que a ausência de orgasmo feminino é considerada um problema que exige tratamento. Além disso, as mulheres diferem na forma como o orgasmo é importante para a sua satisfação sexual. Podem existir diferenças socioculturais e geracionais marcadas quanto à capacidade orgásmica feminina. Por exemplo, a prevalência de incapacidade para atingir o orgasmo variou desde 17,7% (no Norte da Europa) a 42,2% (no Sudeste Asiático).

Marcadores de Diagnóstico

Embora durante o orgasmo feminino ocorram alterações fisiológicas mensuráveis, incluindo alterações hormonais, da musculatura do pavimento pélvico e da ativação cerebral, existe uma variabilidade significativa nestes indicadores de orgasmo entre as mulheres. Em situações clínicas, o diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino baseia-se no seu autorrelato.

Consequências Funcionais da Perturbação do Orgasmo Feminino

As consequências funcionais da perturbação do orgasmo feminino são pouco claras. Embora exista uma forte associação entre problemas relacionais e as dificuldades orgásmicas nas mulheres, não é claro se os fatores da relação são fatores de risco para as dificuldades no orgasmo ou se são consequência dessas dificuldades.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações mentais não sexuais. As perturbações mentais não sexuais, tais como a perturbação depressiva major, que se caracteriza por diminuição marcada do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as atividades, pode explicar a perturbação do orgasmo feminino. Se as dificuldades com o orgasmo são mais bem explicadas por outra perturbação mental, não deverá ser feito um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino.

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento. O uso de substância/medicamento pode explicar as dificuldades orgásmicas.

Outra condição médica. Se a perturbação for devida a outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla, lesão da espinal medula), não deverá ser feito um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino.

Fatores interpessoais. Se fatores interpessoais ou contextuais significativos, tais como dificuldades relacionais graves, violência do parceiro sexual ou outros fatores de stress significativos, estiverem associados com as dificuldades orgásmicas, não deverá ser dado um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino.

Outras disfunções sexuais. A perturbação do orgasmo feminino pode associar-se a outras disfunções sexuais (por exemplo, perturbação do interesse/excitação sexual feminino). A presença de outra disfunção sexual não exclui um diagnóstico de perturbação do orgasmo feminino. Dificuldades ocasionais no orgasmo que sejam de curto prazo ou pouco frequentes e que não se acompanhem de mal-estar clinicamente significativo ou de défices não são diagnosticadas como perturbação do orgasmo feminino. O diagnóstico também não é apropriado se os problemas resultam de uma estimulação sexual inadequada.

Comorbilidades

Mulheres com perturbação do orgasmo podem ter dificuldades concomitantes no interesse/excitação sexual. Mulheres com o diagnóstico de outras perturbações mentais não sexuais, tais como perturbação depressiva major, podem experienciar diminuição do interesse/excitação sexual e isto pode indiretamente aumentar a probabilidade de ter dificuldades orgásmicas.

Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino

Critérios de Diagnóstico 302.72 (F52.22)

A. Ausência ou redução significativa, do interesse/excitação sexual, manifestadas por pelo menos 3 dos seguintes:
   1. Ausência/redução do interesse na atividade sexual.
   2. Ausência/redução de pensamentos sexuais/eróticos ou de fantasias.

3. Ausência/redução da iniciativa para a atividade sexual e tipicamente não recetiva às tentativas do parceiro para iniciar a atividade sexual.
4. Ausência/redução da excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou todos (aproximadamente 75%-100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos).
5. Ausência/redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer estímulos sexuais/ /eróticos internos ou externos (por exemplo, escritos, verbais, visuais).
6. Ausência/redução das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou todos (aproximadamente 75%-100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos).

B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves (por exemplo, violência do parceiro) ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar se:

Generalizada. Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional. Ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do Critério A.

Moderada. Evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do Critério A.

Grave. Evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do Critério A.

Características de Diagnóstico

Quando se avalia a perturbação do interesse/excitação sexual feminino, o contexto interpessoal deve ser tido em conta. Uma «discrepância de desejo», na qual uma mulher tem menor desejo para a atividade sexual do que o seu parceiro, não é suficiente para diagnosticar uma perturbação do interesse/excitação sexual feminino. De forma a preencher os critérios da perturbação, devem estar ausentes ou existir uma reduzida frequência ou intensidade de pelo menos 3 de 6 indicadores (Critério A) durante um período mínimo de cerca de 6 meses (Critério B). Podem existir diferentes perfis sintomáticos entre mulheres, bem como variabilidade na forma como o interesse e a excitação sexuais são expressos. Por exemplo, numa mulher a perturbação do interesse/excitação sexual pode expressar-se como falta de interesse na atividade sexual, uma ausência de pensamentos eróticos ou sexuais e relutância em iniciar uma atividade sexual e em responder aos convites sexuais do parceiro. Noutra mulher, as principais características podem ser a incapacidade de ficar sexualmente excitada, de responder aos estímulos sexuais com desejo sexual e a correspondente falta de sinais de excitação sexual física. Uma vez que o desejo e a excitação sexuais coexistem muitas vezes e são desencadeados em resposta a estímulos sexuais adequados, os critérios para a perturbação do interesse/excitação sexual feminino

têm em conta que as dificuldades no desejo e excitação caracterizam, com frequência em simultâneo, as queixas das mulheres com esta perturbação. Alterações de curto prazo no interesse ou excitação sexual são comuns e podem ser respostas adaptativas a acontecimentos de vida da mulher, não representando uma disfunção sexual. O diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino exige uma duração mínima dos sintomas de cerca de 6 meses, refletindo que os sintomas devem ser um problema persistente. A apreciação da persistência pode ser determinada pelo juízo clínico quando a duração de 6 meses não se conseguir determinar de forma precisa.

Pode haver ausência ou redução significativa da frequência ou intensidade da atividade sexual (Critério A1), que se denominava anteriormente *perturbação do desejo sexual hipoativo*. A frequência ou intensidade dos pensamentos sexuais e eróticos ou fantasias podem estar ausentes ou reduzidas (Critério A2). A expressão de fantasias varia muito entre mulheres e poderá incluir memórias de experiências sexuais passadas. O declínio normativo dos pensamentos sexuais que ocorre com a idade deve ser tido em conta quando se avalia este critério. A ausência ou redução da iniciativa para a atividade sexual e da recetividade para os convites sexuais do parceiro (Critério A3) é um critério focado no comportamento. As crenças e preferências do casal quanto aos padrões de iniciativa sexual são altamente relevantes para a avaliação deste critério. Poderá verificar-se ausência ou redução de excitação ou de prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou todos (cerca de 75%--100%) os encontros sexuais (Critério A4). A ausência de prazer é uma queixa de apresentação clínica comum em mulheres com diminuição do desejo. Entre mulheres que referem diminuição do desejo sexual, há menos sinais sexuais ou eróticos que desencadeiem o interesse ou excitação sexual (isto é, há falta de «desejo responsivo»). A avaliação da adequação dos estímulos sexuais vai ajudar a determinar se existe uma dificuldade com o desejo sexual responsivo (Critério A5). A frequência ou intensidade das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual pode estar reduzida ou ausente (Critério A6). Isto pode incluir reduzida lubrificação/vasocongestão vaginal, mas uma vez que as avaliações fisiológicas da resposta sexual genital não permitem distinguir as mulheres que referem preocupações com a excitação sexual daquelas que não as referem, é suficiente o autorrelato de sensações genitais ou não genitais reduzidas ou ausentes.

Para que se faça um diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino, os sintomas do Critério A devem ser acompanhados por mal-estar clinicamente significativo. O mal-estar pode ser experienciado como resultado de uma falta de interesse/excitação sexual ou de uma interferência significativa na vida da mulher e do seu bem-estar. Se uma ausência de desejo sexual ao longo da vida é mais bem explicada por uma autoidentificação como «assexual», não deve ser feito o diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação do interesse/excitação sexual feminino associa-se frequentemente a problemas no orgasmo, dor durante a atividade sexual, atividade sexual pouco frequente e a discrepâncias quanto ao desejo no casal. Dificuldades na relação e perturbações do humor também se associam muitas vezes com a perturbação do interesse/excitação sexual feminino. Expectativas e normas irrealistas quanto ao nível «apropriado» de interesse ou excitação sexual, juntamente com técnicas sexuais pobres e falta de informação sobre sexualidade, também podem ser evidentes em mulheres diagnosticadas com perturbação do interesse/

/excitação sexual feminino. É importante ter em conta estes últimos fatores, bem como as crenças normativas acerca dos papéis de género.

Além dos subtipos «ao longo da vida/adquirida» e «generalizada/situacional», durante a avaliação e diagnóstico de perturbação de interesse/excitação sexual feminino devem ser considerados os 5 fatores seguintes, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Nas diversas mulheres com esta perturbação, cada um destes fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação.

Prevalência

A prevalência da perturbação do interesse/excitação sexual feminino, tal como definida neste manual, é desconhecida. A prevalência de desejo sexual reduzido e de problemas com a excitação sexual (com ou sem mal-estar associado), como definido no DSM-IV ou na ICD-10, pode variar significativamente em relação com a idade, o contexto cultural, a duração dos sintomas e a presença de mal-estar. Em relação à duração dos sintomas, existem diferenças notáveis nas estimativas das prevalências entre os problemas de curto prazo e persistentes relacionados com a falta de interesse sexual. Quando se exige a presença de mal-estar acerca do funcionamento sexual, as estimativas de prevalência são marcadamente inferiores. Algumas mulheres mais velhas referem menos dificuldades com a redução do desejo sexual do que as mulheres mais jovens, apesar de o desejo sexual poder diminuir com a idade.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a perturbação do interesse/excitação sexual feminino ao longo da vida sugere que a ausência de interesse ou excitação sexual esteve presente durante toda a vida sexual da mulher. Para os Critérios A3, A4 e A6, que avaliam o funcionamento durante a atividade sexual, o subtipo ao longo da vida significa a presença de sintomas desde as primeiras experiências sexuais do indivíduo. O subtipo adquirido deve ser atribuído se as dificuldades com o interesse ou excitação sexual se desenvolveram após um período de funcionamento sexual não problemático. As alterações do funcionamento sexual adaptativas e normativas podem estar relacionadas com o parceiro, acontecimentos interpessoais ou pessoais e podem ser de natureza transitória. Contudo, a persistência dos sintomas durante cerca de 6 meses constituiria uma disfunção sexual.

Existem alterações normativas no interesse e excitação sexual ao longo da vida. Além disso, mulheres em relações de maior duração têm maior probabilidade de referir envolver-se em relações sexuais apesar de não apresentarem sentimentos óbvios de desejo sexual no início do encontro sexual, quando comparadas com mulheres em relações de mais curta duração. A secura vaginal em mulheres mais velhas está relacionada com a idade e com a menopausa.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores temperamentais incluem cognições e atitudes negativas acerca da sexualidade e história passada de perturbações mentais. Diferenças na propensão para a excitação e inibição sexuais podem predizer a probabilidade de desenvolver problemas sexuais.

Ambientais. Os fatores ambientais incluem dificuldades relacionais, funcionamento sexual do parceiro e história do desenvolvimento, tal como relações precoces com os cuidadores e fatores de stress na infância.

Genéticos e fisiológicos. Algumas condições médicas (por exemplo, diabetes *mellitus*, disfunção tiroideia) podem constituir fatores de risco para a perturbação do interesse/excitação sexual feminino. Nas mulheres, parece existir uma forte influência de fatores genéticos na vulnerabilidade a problemas sexuais. A investigação psicofisiológica usando fotopletismografia vaginal não encontrou diferenças entre mulheres com e sem ausência de excitação genital percebida.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existe uma marcada variabilidade nas taxas de prevalência de desejo reduzido entre culturas. Taxas mais baixas de desejo sexual podem ser mais comuns entre mulheres do Leste asiático comparadas com mulheres euro-canadianas. Embora, quando comparados com grupos euro-americanos, os níveis mais baixos de desejo e excitação sexuais em homens e mulheres dos países do Leste asiático possam refletir um menor interesse por sexo nessas culturas, mantém-se a possibilidade de que essas diferenças de grupo sejam um artefacto das medidas utilizadas para quantificar o desejo. Um juízo quanto ao facto de o desejo reduzido referido por uma mulher de um dado grupo étnico-cultural preencher os critérios para perturbação do interesse/excitação sexual feminino deve ter em conta o facto de que diferentes culturas podem considerar patológicos alguns comportamentos e outros não.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Por definição, o diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino só é atribuído a mulheres. As dificuldades geradoras de mal-estar relativas ao desejo sexual nos homens devem ser consideradas na perturbação do desejo sexual hipoativo masculino.

Consequências Funcionais da Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino

As dificuldades no interesse/excitação sexual estão muitas vezes associadas a diminuição da satisfação na relação.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações mentais não sexuais. Perturbações mentais não sexuais, tais como a perturbação depressiva major, na qual existe uma «diminuição clara do interesse ou prazer em todas ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias», podem explicar a falta de interesse/excitação sexual. Se a falta de interesse ou de excitação for completamente atribuível a outra perturbação mental, não deve ser feito um diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino.

Uso de substância/medicamento. O uso de substâncias ou de medicamentos pode explicar a falta de interesse/excitação.

Outra condição médica. Se se considerar que os sintomas sexuais estão quase exclusivamente associados aos efeitos de outra condição médica (por exemplo, diabetes *mellitus*, doença endotelial, disfunção tiroideia, doença do sistema nervoso central), não deve ser feito um diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino.

Fatores interpessoais. Se fatores interpessoais ou contextuais significativos, tais como dificuldades relacionais graves, violência do parceiro sexual ou outros fatores de stress significativos, explicarem os sintomas de interesse/excitação sexual, não deve ser feito um diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino.

Outras disfunções sexuais. A existência de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino. É comum que as mulheres sofram de mais do que uma disfunção sexual. Por exemplo, a presença de dor genital crónica pode conduzir a falta de desejo de atividade sexual (dolorosa). A falta de interesse e de excitação durante a atividade sexual pode comprometer a capacidade orgásmica. Para algumas mulheres, todos os aspetos da resposta sexual podem ser insatisfatórios e geradores de mal-estar.

Estímulos sexuais inadequados ou ausentes. Quando se estão a considerar os diagnósticos diferenciais, é importante que se avalie a adequação dos estímulos sexuais no contexto da experiência sexual da mulher. Nos casos em que estímulos sexuais inadequados ou ausentes estão a contribuir para o quadro clínico, pode haver indicação para cuidados clínicos, mas não se pode fazer um diagnóstico de disfunção sexual. Da mesma forma, devem considerar-se no diagnóstico diferencial alterações transitórias e adaptativas no funcionamento sexual que sejam secundárias a um acontecimento de vida ou pessoal significativo.

Comorbilidades

A comorbilidade entre problemas do interesse/excitação sexual e outras dificuldades sexuais é extremamente comum. As dificuldades sexuais e o descontentamento com a vida sexual estão altamente correlacionadas com mulheres com desejo sexual reduzido. O baixo desejo gerador de mal-estar está associado a depressão, problemas da tiroide, ansiedade, incontinência urinária e a outros fatores médicos. A artrite e a doença inflamatória intestinal ou a síndrome do cólon irritável também se associam a problemas do desejo sexual. O desejo reduzido parece ser uma comorbilidade na depressão, abuso sexual e físico na idade adulta, funcionamento mental global e uso de álcool.

Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração

Critérios de Diagnóstico **302.76 (F52.6)**

A. Dificuldades persistentes ou recorrentes com 1 (ou mais) das seguintes situações:
   1. Penetração vaginal durante a relação sexual.
   2. Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou tentativas de penetração vaginal.
   3. Medo ou ansiedade marcados acerca de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado de penetração vaginal.

4. Tensão e compressão marcadas dos músculos do pavimento pélvico durante a tentativa de penetração vaginal.

B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.

C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves (por exemplo, violência do parceiro) ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do Critério A.

Moderada. Evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do Critério A.

Grave. Evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do Critério A.

Características de Diagnóstico

A perturbação de dor genitopélvica/penetração refere-se a 4 dimensões de sintomas frequentemente comórbidas: 1) dificuldade em ter relações sexuais; 2) dor genitopélvica; 3) medo da dor ou da penetração vaginal; e 4) tensão dos músculos do pavimento pélvico (Critério A). Uma vez que dificuldades significativas em qualquer uma destas dimensões de sintomas é muitas vezes suficiente para causar mal-estar clinicamente significativo, o diagnóstico pode ser feito apenas com base na dificuldade marcada de uma das dimensões de sintomas. Contudo, todas as dimensões sintomáticas devem ser avaliadas, mesmo que o diagnóstico possa ser feito na base de uma única dimensão de sintomas.

A *dificuldade marcada na relação sexual/penetração vaginal* (Critério A1) pode variar desde uma total incapacidade para experienciar a penetração vaginal em qualquer situação (por exemplo, relações sexuais, exame ginecológico, inserção de tampões) até à capacidade de conseguir experienciar com facilidade a penetração numa situação, mas não noutra. Embora a situação clínica mais comum seja a mulher ser incapaz de ter relações sexuais ou penetração com um parceiro, também podem existir dificuldades em submeter-se a exames ginecológicos necessários. A *dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou tentativas de penetração vaginal* (Critério A2) refere-se a dor com diferentes localizações ao nível da área genitopélvica. Deve avaliar-se a localização bem como a intensidade da dor. Tipicamente, a dor pode ser caracterizada como superficial (vulvovaginal ou ocorrendo durante a penetração) ou profunda (pélvica; isto é, não sentida até à penetração profunda). A intensidade da dor frequentemente não está associada de forma linear a mal-estar ou a interferência com a relação sexual ou com outras atividades sexuais. Algumas dores genitopélvicas ocorrem apenas quando provocadas (isto é, pelas relações sexuais ou estimulação mecânica). Outras dores genitopélvicas tanto podem ser espontâneas como provocadas. Também pode ser útil caracterizar qualitativamente a dor genitopélvica (por exemplo, «ardor», «cortante», «penetrante», «latejante»). A dor pode persistir durante algum tempo após a relação sexual ter terminado e também enquanto estiver a urinar. Tipicamente, a dor que é sentida durante a relação sexual poderá ser reproduzida durante o exame ginecológico.

O *medo ou ansiedade marcados acerca da dor vulvovaginal ou pélvica quer em antecipação, quer durante, quer como resultado de penetração vaginal* (Critério A3) é comummente referido pelas mulheres que sentiram regularmente dor durante as relações sexuais. Esta reação «normal» pode conduzir ao evitamento de situações sexuais/íntimas. Noutros casos, este medo acentuado não parece estar intimamente relacionado com a experiência de dor, mas, apesar disso, leva ao evitamento de relações sexuais e de situações de penetração vaginal. Alguns descreveram esta situação como idêntica a uma reação fóbica, com a exceção de que o objeto fóbico poderá ser a penetração vaginal ou o medo da dor.

A *tensão e compressão marcadas dos músculos do pavimento pélvico durante a tentativa de penetração vaginal* (Critério A4) podem variar desde um espasmo de tipo reflexo do pavimento pélvico em resposta à tentativa de penetração vaginal até reações musculares defensivas «normais/voluntárias» em resposta à experiência antecipada ou repetida de dor ou de medo ou de ansiedade. No caso de reações «normais/voluntárias», a penetração pode ser possível em circunstâncias de relaxamento. A caracterização e avaliação da disfunção do pavimento pélvico é muitas vezes mais bem realizada por um ginecologista especializado ou por um fisioterapeuta do pavimento pélvico.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de dor genitopélvica/penetração está com frequência associada a outras disfunções sexuais, particularmente a desejo e interesse sexuais reduzidos (perturbação do interesse/excitação sexual feminino). Por vezes, o desejo e o interesse estão preservados em situações sexuais que não são dolorosas ou que não exigem penetração. Mesmo quando indivíduos com perturbação de dor genitopélvica/penetração referem interesse/motivação sexual, existe com frequência evitamento comportamental das situações e oportunidades sexuais. Também é frequente o evitamento dos exames ginecológicos apesar das recomendações médicas. O padrão de evitamento é semelhante ao que é observado nas perturbações fóbicas. É comum que mulheres que não conseguiram ter relações sexuais só procurem tratamento quando desejam engravidar. Muitas mulheres com perturbação de dor genitopélvica/penetração terão problemas relacionais/maritais associados. Frequentemente, também referem que os sintomas diminuem significativamente os seus sentimentos de feminilidade.

Além dos subtipos «ao longo da vida/adquirida», durante a avaliação e diagnóstico de perturbação de dor genitopélvica/penetração devem ser considerados os 5 fatores seguintes, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Nas diversas mulheres com esta perturbação, cada um destes fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação.

Não existem medidas fisiológicas válidas para quaisquer componente das dimensões sintomáticas da perturbação de dor genitopélvica/penetração. Podem ser usados questionários psicométricos validados para avaliar formalmente os componentes de dor e de ansiedade relacionados com a perturbação de dor genitopélvica/penetração.

Prevalência

A prevalência da perturbação de dor genitopélvica/penetração é desconhecida. Contudo, cerca de 15% das mulheres da América do Norte referem dor recorrente durante as relações sexuais. As dificuldades em ter relações sexuais parecem ser um motivo frequente de referenciação para clínicas de disfunção sexual e para clínicos especializados.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e curso da perturbação de dor genitopélvica/penetração não é claro. Uma vez que as mulheres em geral não procuram tratamento até experienciarem problemas do funcionamento sexual, por regra pode ser difícil caracterizar a perturbação de dor genitopélvica/penetração com os especificadores ao longo da vida (primária) ou adquirida (secundária). Embora, em regra, as mulheres só procurem atenção clínica depois de iniciarem a sua atividade sexual, muitas vezes existem sinais clínicos mais precoces. Por exemplo, a dificuldade com o uso ou o evitamento da utilização de tampões é um preditor importante de problemas posteriores. As dificuldades com a penetração vaginal (incapacidade ou medo ou dor) podem não ser óbvias até que as relações sexuais sejam tentadas. Mesmo uma vez que o coito seja tentado, a frequência das tentativas poderá não ser significativa ou regular. Nos casos em que é difícil estabelecer se a sintomatologia ocorre ao longo da vida ou é adquirida, é útil determinar a presença de algum período consistente de coito bem-sucedido, sem dor, medo e tensão. Se for possível estabelecer a existência de um tal período, então a perturbação de dor genitopélvica/penetração pode ser caracterizada como adquirida. Uma vez que a sintomatologia esteja bem estabelecida por um período de cerca de 6 meses, a probabilidade de remissão sintomática espontânea e significativa parece diminuir.

As queixas relacionadas com dor genitopélvica atingem um pico durante o início da idade adulta e no período peri e pós-menopausa. As mulheres que se queixam de dificuldades em ter relações sexuais parecem estar sobretudo na pré-menopausa. Também pode haver um aumento dos sintomas relacionados com a dor genitopélvica no período pós-parto.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. O abuso sexual e/ou físico têm sido muitas vezes referidos como preditores das perturbações de dor sexual definidas no DSM-IV – dispareunia e vaginismo. Este é um assunto controverso na literatura atual.

Genéticos e fisiológicos. As mulheres que sentem dor superficial durante as relações sexuais frequentemente referem o início da dor após uma história de infeções vaginais. Mesmo depois da resolução das infeções e de não haver achados físicos residuais, a dor persiste. A dor durante a inserção de tampões ou a incapacidade para inserir tampões anterior a qualquer tentativa de contacto sexual é um fator de risco importante para perturbação de dor genitopélvica/penetração.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

No passado, uma educação sexual inadequada e a ortodoxia religiosa foram muitas vezes consideradas fatores relacionados com a cultura que predispunham para o diagnóstico de vaginismo do DSM-IV. Esta perceção parece ser confirmada por relatórios recentes da Turquia, um país essencialmente muçulmano, indicando uma prevalência extremamente elevada dessa

perturbação. Contudo, a maioria dos estudos disponível, embora de âmbito limitado, não suportam esta noção (Lahaie e col., 2010).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Por definição, o diagnóstico de perturbação de dor genitopélvica/penetração só é atribuído a mulheres. Existem estudos relativamente recentes acerca da síndrome da dor pélvica crónica urológica em homens, sugerindo que os homens podem experienciar alguns problemas semelhantes. Os estudos e a experiência clínica ainda não estão suficientemente desenvolvidos de forma a justificar a aplicação deste diagnóstico nos homens. Disfunções sexuais com outra especificação ou disfunções sexuais não especificadas podem ser diagnosticadas em homens que aparentemente preencham este padrão.

Consequências Funcionais da Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração

As dificuldades funcionais da perturbação de dor genitopélvica/penetração estão muitas vezes associadas com a interferência na satisfação da relação e, por vezes, com a capacidade de engravidar através de relações sexuais por via pénis/vagina.

Diagnóstico Diferencial

Outra condição médica. Em muitos casos, as mulheres com perturbação de dor genitopélvica/penetração também serão diagnosticadas com outras condições médicas (por exemplo, líquen escleroso, endometriose, doença infiamatória pélvica, atrofia vulvovaginal). Nalguns casos, o tratamento da condição médica pode aliviar a perturbação de dor genitopélvica/penetração. Muitas das vezes, este não é o caso. Não existem instrumentos fidedignos ou métodos de diagnóstico que permitam aos clínicos saber se a condição primária é a condição médica ou a perturbação de dor genitopélvica/penetração. Muitas vezes, as condições médicas associadas são difíceis de diagnosticar e de tratar. Por exemplo, a incidência aumentada de dor durante o coito no período pós-menopausa pode ser atribuída à secura vaginal ou atrofia vulvovaginal associadas a níveis mais baixos de estrogénio. Contudo, a relação entre atrofia/secura vulvovaginal, estrogénio e dor não é bem compreendida.

Perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. Algumas mulheres com perturbação de dor genitopélvica/penetração também podem ser diagnosticadas com perturbação de sintomas somáticos. Uma vez que tanto a perturbação de dor genitopélvica/penetração como a perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas são diagnósticos novos, ainda não é claro que possam ser distinguidas de forma segura. Algumas mulheres diagnosticadas com perturbação de dor genitopélvica/penetração também serão diagnosticadas com uma fobia específica.

Estímulos sexuais inadequados. Quando se estão a considerar os diagnósticos diferenciais, é importante que o clínico avalie a adequação dos estímulos sexuais no contexto da experiência sexual da mulher. Situações sexuais nas quais ocorram preliminares ou excitação inadequados podem conduzir a dificuldades na penetração, dor ou evitamento. Disfunção erétil ou ejaculação retardada no parceiro masculino podem conduzir a dificuldades com a penetração. Estas condições devem ser avaliadas cuidadosamente. Nalgumas situações, um diagnóstico de perturbação de dor genitopélvica/penetração pode não ser apropriado.

Comorbilidades

As comorbilidades entre a perturbação de dor genitopélvica/penetração e outras dificuldades sexuais parecem ser comuns. Também é comum a comorbilidade com dificuldades na relação. Isto não é surpreendente, uma vez que nas culturas ocidentais a incapacidade de ter relações sexuais (sem dor) com o parceiro desejado e o evitamento de oportunidades sexuais pode tanto ser um fator contribuinte como o resultado de outros problemas sexuais ou relacionais. Uma vez que no diagnóstico de perturbação de dor genitopélvica/penetração estão implicados sintomas do pavimento pélvico, é provável que haja uma maior prevalência de outras perturbações relacionadas com o pavimento pélvico ou órgãos reprodutores (por exemplo, cistite intersticial, obstipação, infeção vaginal, endometriose, síndrome do cólon irritável).

Perturbação de Desejo Sexual Hipoativo Masculino

Critérios de Diagnóstico 302.71 (F52.0)

A. Pensamentos ou fantasias sexuais/eróticos e desejo de atividade sexual persistentemente ou recorrentemente diminuídos (ou ausentes). A avaliação da diminuição é feita pelo clínico, tendo em consideração fatores que afetam o funcionamento sexual, como a idade e o contexto de vida geral e sociocultural do indivíduo.

B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.

C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar se:

Generalizada. Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional. Ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do Critério A.

Moderada. Evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do Critério A.

Grave. Evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do Critério A.

Características de Diagnóstico

Quando se avalia uma perturbação de desejo sexual hipoativo masculino deve ser tido em conta o contexto interpessoal. Uma «discrepância de desejo», isto é, quando um homem tem menor desejo de atividade sexual do que o parceiro, não é suficiente para diagnosticar uma perturbação de desejo sexual hipoativo masculino. Tanto o desejo sexual baixo/ausente como os pensamentos ou fantasias sexuais deficientes/ausentes são necessários para o diagnóstico da perturbação. Pode haver variações entre os homens quanto à forma como o desejo sexual é expresso.

A falta de desejo sexual e os pensamentos ou fantasias sexuais deficientes/ausentes devem ser persistentes ou recorrentes e ocorrer durante um período de cerca de 6 meses. A inclusão deste critério de duração pretende salvaguardar a atribuição do diagnóstico nos casos em que o desejo sexual baixo do homem represente uma resposta adaptativa a condições de vida adversas (por exemplo, preocupação com a gravidez da parceira quando o homem está a considerar terminar a relação). A introdução de «aproximadamente» no Critério B permite o juízo clínico em casos em que a duração dos sintomas não cumpra o limiar de 6 meses recomendados.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de desejo sexual hipoativo masculino está, por vezes, associada a preocupações com a ereção e/ou a ejaculação. Por exemplo, dificuldades persistentes em obter uma ereção podem levar um homem a perder o interesse na atividade sexual. Homens com perturbação de desejo sexual hipoativo referem muitas vezes que já não iniciam a atividade sexual e que estão minimamente recetivos a uma iniciativa do parceiro para a iniciar. Atividades sexuais (por exemplo, masturbação ou atividade sexual com parceiro) podem por vezes ocorrer mesmo na presença de desejo sexual baixo. Quando se está a fazer um diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino, devem ser tidas em conta as preferências específicas da relação quanto aos padrões de iniciativa sexual. Embora os homens sejam mais propensos a iniciar a atividade sexual, e assim o desejo baixo pode ser caracterizado por um padrão de não iniciativa, muitos podem preferir que seja o seu parceiro a iniciar a atividade sexual. Nessas situações, deve considerar-se a falta de recetividade do homem à iniciativa do parceiro quando se está a avaliar o desejo baixo.

Além dos subtipos «ao longo da vida/adquirida» e «generalizada/situacional», durante a avaliação e diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino devem ser considerados os 5 fatores seguintes, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Nos diversos homens com esta perturbação, cada um destes fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação.

Prevalência

A prevalência da perturbação de desejo sexual hipoativo masculino varia consoante o país de origem e método de avaliação. Aproximadamente 6% dos homens mais jovens (idades 18-24 anos) e 41% dos homens mais velhos (idades 66-74 anos) têm problemas com o desejo sexual. Contudo, uma ausência persistente de interesse em sexo, com duração de 6 ou mais meses, afeta apenas uma pequena proporção de homens com idades entre os 16 e os 44 anos (1,8%).

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a perturbação de desejo sexual hipoativo masculino ao longo da vida indica que a redução ou ausência de desejo sexual esteve sempre presente, enquanto o subtipo adquirido deve ser atribuído se a redução do desejo se tiver desenvolvido após um período

de desejo sexual normal. É necessário que a redução do desejo persista durante cerca de 6 meses ou mais. Assim, alterações de curto prazo no desejo sexual não podem ser diagnosticadas como perturbação de desejo sexual hipoativo masculino.

Existe um declínio normativo do desejo sexual relacionado com a idade. Tal como as mulheres, os homens identificam uma série de desencadeantes para o seu desejo sexual e descrevem um amplo conjunto de razões que elegem para se envolverem em atividade sexual. Conquanto estímulos eróticos visuais possam ser desencadeantes de desejo sexual mais potentes em homens mais jovens, a potência dos estímulos sexuais pode diminuir com a idade e deve ser tida em consideração quando se avalia um homem para perturbação de desejo sexual hipoativo.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os sintomas do humor e da ansiedade parecem ser fortes preditores de desejo baixo nos homens. Mais de metade dos homens com história prévia de sintomas psiquiátricos pode ter uma redução do desejo moderada ou grave, comparando com apenas 15% daqueles sem esses antecedentes. Os sentimentos de um homem acerca de si próprio, a sua perceção do desejo sexual do seu parceiro em relação a ele, sentimentos de estar emocionalmente ligado e variáveis contextuais podem todas elas afetar de forma negativa (bem como positiva) o desejo sexual.

Ambientais. O uso de álcool pode aumentar o ocorrência de desejo baixo. Entre homens homossexuais, a homofobia autodirigida, os problemas interpessoais, as atitudes, a falta de educação sexual adequada e o trauma resultante de experiências de vida precoces devem ser tidos em conta quando se explica o desejo baixo. Os fatores contextuais sociais e culturais também devem ser considerados.

Genéticos e fisiológicos. Perturbações endócrinas como a hiperprolactinemia afetam significativamente o desejo sexual nos homens. Não é claro se os homens com desejo baixo também têm níveis anormalmente baixos de testosterona. Contudo, entre homens com hipogonadismo, o desejo baixo é comum. Também poderá existir um limiar crítico abaixo do qual a testosterona afeta o desejo sexual nos homens e acima do qual há pouco efeito da testosterona no desejo dos homens.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existe uma marcada variabilidade nas taxas de prevalência de desejo baixo entre as culturas, variando de 12,5% em homens do Norte europeu a 28% em homens do Sudeste asiático com idades entre 40 e 80 anos. Tal como existem taxas mais elevadas de desejo baixo entre subgrupos de mulheres do Leste asiático, os homens com ascendência do Leste europeu também têm taxas mais elevadas de desejo baixo. A culpa acerca do sexo pode mediar esta associação entre a etnicidade do Leste asiático e o desejo sexual nos homens.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Em contraste com a classificação das perturbações sexuais nas mulheres, nos homens as perturbações do desejo e da excitação sexuais têm sido mantidas como constructos separados. Apesar de existirem algumas semelhanças na experiência do desejo entre homens e mulheres e do facto de que o desejo flutua ao longo do tempo e de que depende de fatores contextuais, os homens referem uma intensidade e frequência do desejo sexual significativamente mais elevadas em comparação com as mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações mentais não sexuais. Perturbações mentais não sexuais, tais como a perturbação depressiva major, na qual existe uma «diminuição clara do interesse ou prazer em todas ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias», podem explicar a falta de desejo sexual. Se a falta de desejo é mais bem explicada por outra perturbação mental, não deve ser feito o diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino.

Uso de substância/medicamento. O uso de substância/medicamento pode explicar a falta de desejo sexual.

Outra condição médica. Se o desejo baixo/ausente e os pensamentos ou fantasias eróticos deficientes/ausentes são mais bem explicados pelos efeitos de outra condição médica (por exemplo, hipogonadismo, diabetes *mellitus*, disfunção tiroideia, doença do sistema nervoso central), não deve ser feito um diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino.

Fatores interpessoais. Se fatores interpessoais ou contextuais significativos, tais como dificuldades graves na relação ou outros fatores de stress significativos, estão associados a perda do desejo no homem, não deve ser feito um diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino.

Outras disfunções sexuais. A existência de outra disfunção sexual não exclui um diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino. Existe alguma evidência de que até metade dos homens com desejo sexual baixo tem também dificuldades na ereção e de que um pouco menos tem dificuldades de ejaculação precoce. Se o desejo baixo do homem é explicado pela sua autoidentificação como assexuado, não deve ser feito um diagnóstico de perturbação de desejo sexual hipoativo masculino.

Comorbilidades

Na perturbação de desejo sexual hipoativo masculino é frequente a comorbilidade com depressão e outras perturbações mentais, bem como com fatores endocrinológicos.

Ejaculação Prematura (Precoce)

Critérios de Diagnóstico **302.75 (F52.4)**

A. Um padrão persistente e recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com parceiro até aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal e antes de que o indivíduo a deseje.

   Nota. Embora o diagnóstico de ejaculação prematura (precoce) possa ser aplicado a indivíduos envolvidos em atividades sexuais não vaginais, os critérios de duração específicos não foram estabelecidos para estas atividades.

B. Os sintomas do Critério A devem persistir durante pelo menos 6 meses e ser experienciados em quase todas ou todas (cerca de 75%-100%) as ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos).

C. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Especificar se:

Ao longo da vida. A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida. A perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Especificar se:

Generalizada. Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional. Ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. A ejaculação ocorre cerca de 30 segundos a 1 minuto de penetração vaginal.

Moderada. A ejaculação ocorre cerca de 15-30 segundos de penetração vaginal.

Grave. A ejaculação ocorre antes da atividade sexual, no início da atividade sexual ou até cerca 15 segundos de penetração vaginal.

Características de Diagnóstico

A ejaculação prematura (precoce) manifesta-se por ejaculação que ocorre antes ou pouco depois da penetração vaginal, operacionalizada pela estimativa individual da latência da ejaculação (isto é, o tempo decorrido antes da ejaculação) após a penetração vaginal. As latências estimadas e medidas de ejaculação intravaginais estão altamente correlacionadas desde que a latência da ejaculação seja de curta duração. Assim sendo, as estimativas de latência da ejaculação autorrelatadas são suficientes para fins diagnósticos. Uma latência da ejaculação intravaginal de 60 segundos é um limiar apropriado para o diagnóstico de ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida em homens heterossexuais. Não há dados suficientes para determinar se este critério de duração pode ser aplicado à ejaculação prematura (precoce) adquirida. A definição da duração pode ser aplicada a homens de várias orientações sexuais, uma vez que as latências da ejaculação parecem ser semelhantes entre homens de diferentes orientações sexuais e entre diferentes atividades sexuais.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Muitos homens com ejaculação prematura (precoce) queixam-se de falta de controlo da ejaculação e referem apreensão acerca da sua incapacidade antecipada de atrasar a ejaculação em futuros encontros sexuais.

Podem ser relevantes na avaliação de qualquer disfunção sexual os seguintes fatores: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (por exemplo, comunicação pobre, discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal fraca; história de abuso sexual ou emocional), comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou fatores de stress (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento.

Prevalência

As estimativas de prevalência da ejaculação prematura (precoce) variam amplamente dependendo da definição utilizada. Internacionalmente, mais de 20%-30% dos homens com idades entre os 18 e os 70 anos referem preocupação acerca da rapidez com que ejaculam. Com a nova

definição de ejaculação prematura (precoce) (isto é, ejaculação que ocorre aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal), apenas 1%-3% dos homens serão diagnosticados com a perturbação. A prevalência de ejaculação prematura (precoce) poderá aumentar com a idade.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida inicia-se durante as primeiras experiências sexuais do homem e persiste depois disso. Alguns homens podem experienciar ejaculação prematura (precoce) durante os seus encontros sexuais iniciais, mas ganhar controlo da ejaculação ao longo do tempo. A persistência dos problemas de ejaculação durante mais de 6 meses determina o diagnóstico de ejaculação prematura (precoce). Pelo contrário, alguns homens desenvolvem a perturbação após um período de latência da ejaculação normal, sendo conhecida como *ejaculação prematura (precoce) adquirida.* Existe muito menos conhecimento sobre a ejaculação prematura (precoce) adquirida do que sobre a ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida. A forma adquirida tem um início mais tardio, surgindo em geral durante ou após a quarta década de vida. A forma ao longo da vida é relativamente estável por toda a vida. Pouco se sabe sobre o curso da ejaculação prematura (precoce) adquirida. A resolução de condições médicas como o hipertiroidismo e a prostatite parecem restaurar as latências da ejaculação para valores basais. A ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida inicia-se nas primeiras experiências sexuais e persiste ao longo da vida de um indivíduo. Em cerca de 20% dos homens com ejaculação prematura (precoce), as latências da ejaculação diminuem ainda mais com a idade. A idade e a duração da relação parecem estar associadas de forma negativa com a prevalência de ejaculação prematura (precoce).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. A ejaculação prematura (precoce) pode ser mais comum em homens com perturbações de ansiedade, especialmente perturbação de ansiedade social (fobia social).

Genéticos e fisiológicos. Existe uma contribuição genética moderada para a ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida. A ejaculação prematura (precoce) pode estar associada com polimorfismo genético do transportador de dopamina ou polimorfismo genético do transportador de serotonina. Doenças da tiroide, prostatite e abstinência de drogas estão associadas à ejaculação prematura (precoce) adquirida. As medições do fluxo sanguíneo cerebral regional durante a ejaculação por tomografia por emissão de positrões mostraram ativação primária na zona de transição mesocefálica, incluindo a área tegmental ventral.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perceção daquilo que constitui uma latência da ejaculação normal é diferente em muitas culturas. As latências da ejaculação medidas podem ser diferentes nalguns países. Essas diferenças podem ser explicadas por fatores culturais ou religiosos, bem como por diferenças genéticas entre as populações.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A ejaculação prematura (precoce) é uma perturbação sexual dos homens. Os homens e os seus parceiros sexuais podem divergir quanto à sua perceção do que constitui uma latência da ejaculação aceitável. Podem existir preocupações crescentes nas mulheres quanto à ejaculação

precoce dos seus parceiros sexuais, o que pode ser um reflexo da mudança das atitudes da sociedade face à atividade sexual feminina.

Marcadores de Diagnóstico

A latência da ejaculação é muitas vezes monitorizada em contextos de investigação pelo parceiro sexual, utilizando um dispositivo cronometrado (por exemplo, cronómetro), embora isto não seja o ideal em situações sexuais da vida real. Nas relações sexuais vaginais, é medido o tempo entre a penetração vaginal e a ejaculação.

Consequências Funcionais da Ejaculação Prematura (Precoce)

Um padrão de ejaculação prematura (precoce) pode estar associado a baixa autoestima, a um sentimento de perda de controlo e a consequências adversas para a relação com o parceiro. Também pode causar mal-estar pessoal no parceiro sexual e diminuição da satisfação sexual do parceiro sexual. A ejaculação que ocorre antes da penetração pode estar associada a dificuldades na conceção.

Diagnóstico Diferencial

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Quando os problemas com a ejaculação prematura (precoce) se devem exclusivamente ao uso de substâncias, intoxicação ou abstinência, deve diagnosticar-se disfunção sexual induzida por substância/medicamento.

Preocupações com a ejaculação que não preenchem os critérios de diagnóstico. É necessário identificar os homens com latências de ejaculação normais que desejam ter latências de ejaculação mais longas e homens que tenham ejaculação prematura (precoce) episódica (por exemplo, durante o primeiro encontro sexual com uma nova parceira, quando uma latência da ejaculação curta pode ser comum ou normativa). Nenhuma destas situações deve conduzir ao diagnóstico de ejaculação prematura (precoce), mesmo que estas possam causar mal-estar a alguns homens.

Comorbilidades

A ejaculação prematura (precoce) pode estar associada a problemas de ereção. Em muitos casos, pode ser difícil determinar qual das dificuldades precedeu a outra. A ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida pode estar associada a certas perturbações de ansiedade. A ejaculação prematura (precoce) adquirida pode estar associada a prostatite, doença tiroideia ou abstinência de drogas (por exemplo, durante a abstinência de opiáceos).

Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento

Critérios de Diagnóstico

A. No quadro clínico predomina uma disfunção sexual clinicamente significativa.
B. Há evidência a partir da história, exame físico ou dos achados laboratoriais de ambos os (1) e (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou pouco depois da intoxicação ou abstinência de uma substância ou após exposição a um medicamento.

2. A substância/medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por uma disfunção sexual que não é induzida por substância/medicamento. Essa evidência de uma disfunção sexual independente pode incluir o seguinte:

   Os sintomas precedem o início do uso de substância/medicamento; os sintomas persistem durante um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou da intoxicação grave; ou existe outra evidência que sugere a existência de uma disfunção sexual independente não induzida por substância/medicamento (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados com substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.

E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo no indivíduo.

Nota. Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para disfunções sexuais induzidas por [substância/medicamento específico] encontram-se listados na tabela abaixo. Note-se que os códigos da ICD-10-CM dependem da existência ou não de uma perturbação de uso de substância comórbida para a mesma classe de substância. Se uma perturbação de uso de substância ligeira é comórbida com a disfunção sexual induzida por substância, o dígito da 4.ª posição é o «1» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] ligeira» antes da disfunção sexual induzida por substância (por exemplo, «perturbação de uso de cocaína ligeira com disfunção sexual induzida por cocaína»). Se uma perturbação de uso de substância moderada a grave é comórbida com uma disfunção sexual induzida por substância, o dígito da 4.ª posição é o «2» e o clínico deve registar «perturbação de uso moderado [de substância]» ou «perturbação de uso grave [de substância]» dependendo da gravidade da perturbação de uso de substância comórbida. Se não há perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois do uso pontual pesado de uma substância), então o dígito da 4.ª posição é o «9» e o clínico deve registar apenas a disfunção sexual induzida por substância.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Com perturbação de uso, ligeira	Com perturbação de uso, moderada ou grave	Sem perturbação de uso
Álcool	291.89	F10.181	F10.281	F10.981
Opiáceos	292.89	F11.181	F11.281	F11.981
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	292.89	F13.181	F13.281	F13.981
Anfetaminas (ou outros estimulantes)	292.89	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	292.89	F14.181	F14.281	F14.981
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.89	F19.181	F19.281	F19.981

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo «Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas» para diagnósticos associados a classe de substância):

Com início durante a intoxicação. Se estiverem preenchidos os critérios para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolverem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência. Se estiverem preenchidos os critérios para abstinência de substância e os sintomas se desenvolverem durante ou pouco depois da abstinência.

Com início após o uso de medicamento. Os sintomas podem aparecer quer no início quer depois de uma alteração do uso do medicamento.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Ocorre em 25%-50% das ocasiões de atividade sexual.

Moderada. Ocorre em 50%-75% das ocasiões de atividade sexual.

Grave. Ocorre em 75% ou mais das ocasiões de atividade sexual.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da disfunção sexual induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, álcool, fluoxetina) que se presume estar a causar os sintomas da disfunção sexual. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, fluoxetina) deve utilizar-se o código «outra substância»; e nos casos em que uma substância é considerada como sendo o fator etiológico, mas cuja classe de substância específica é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação é seguido pela especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento), seguida pelo especificador de gravidade (por exemplo, ligeira, moderada, grave). Ao contrário dos procedimentos de registo da ICD-10-CM, os quais combinam a perturbação induzida por substância e a perturbação de uso de substâncias num único código, na ICD-9-CM é dado um código de diagnóstico separado para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de disfunção erétil que ocorre durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de álcool grave, o diagnóstico é 291.89 disfunção sexual induzida por álcool, com início durante a intoxicação, moderada. Também é dado um diagnóstico adicional de 303.90 perturbação de uso de álcool grave. Quando se considera que mais do que uma substância desempenham um papel significativo no desenvolvimento da disfunção sexual, cada uma delas deve ser registada separadamente (por exemplo, 292.89 disfunção sexual induzida por cocaína com início durante a intoxicação, moderada; 292.89 disfunção sexual induzida por fluoxetina, com início após o uso de medicamento).

ICD-10-CM. O nome da disfunção sexual induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, álcool, fluoxetina) que se presume estar a causar a disfunção sexual. O código de diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída nos critérios, a qual se baseia na classe da droga e na presença ou ausência de uma perturbação de uso de substâncias comórbida. Para substâncias que não tenham correspondência com nenhuma das classes (por exemplo, fluoxetina), deve utilizar-se o código para «outra substância»; e nos casos em que a substância é considerada como sendo um fator etiológico, mas cuja classe específica da substância é desconhecida, deve utilizar-se a categoria «substância desconhecida».

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação de uso de substância comórbida (caso exista) é registada em primeiro lugar, seguida pela palavra «com» à qual se segue o nome da disfunção sexual induzida por substâncias e, depois, a especificação do início (isto é, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento), seguida do especificador de gravidade (por exemplo, ligeira, moderada, grave). Por exemplo, no caso de disfunção erétil que ocorre durante a intoxicação num homem com perturbação de uso de álcool grave, o diagnóstico é F10.281 perturbação de uso de álcool grave com disfunção sexual induzida por álcool, com início durante a intoxicação, moderada. Um diagnóstico separado de perturbação de uso de álcool grave não é atribuído. Se a disfunção sexual induzida por substância ocorre sem uma perturbação de uso de substância comórbida (por exemplo, depois de um consumo pontual pesado de uma substância), não é registada uma perturbação de uso de substância acompanhante (por exemplo, F15.981 disfunção sexual induzida por anfetamina, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais do que uma substância desempenham um papel significativo no desenvolvimento da disfunção sexual, cada uma delas deve ser registada separadamente (por exemplo, F14.181 perturbação de uso de cocaína, ligeira, com disfunção sexual induzida por cocaína, com início durante a intoxicação, moderada; F19.981 disfunção sexual induzida por fluoxetina, com início após o uso de medicamento, moderada).

Características de Diagnóstico

A característica principal é uma perturbação da função sexual que tem uma relação temporal com o início do uso de uma substância/medicamento, aumento de dose ou descontinuação de uma substância/medicamento.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As disfunções sexuais podem ocorrer em associação com a intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; opiáceos; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo a cocaína); e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). As disfunções sexuais podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; opiáceos; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Os medicamentos que podem induzir disfunções sexuais incluem antidepressivos, antipsicóticos e contracetivos hormonais.

O efeito secundário mais comummente referido com fármacos antidepressivos é a dificuldade com o orgasmo ou a ejaculação. Os problemas com o desejo e a ereção são menos frequentes. Cerca de 30% das queixas sexuais são clinicamente significativas. Certos agentes, como a bupropiona e a mirtazapina, parecem não estar associados a efeitos secundários sexuais.

Os problemas sexuais associados com os antipsicóticos, incluindo problemas com o desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo, ocorrem tanto com os agentes típicos como com os atípicos. Contudo, os problemas são menos comuns com antipsicóticos poupadores da prolactina do que naqueles que causam uma elevação significativa da prolactina.

Embora os efeitos dos estabilizadores de humor na função sexual não sejam claros, é possível que o lítio e os anticonvulsivantes, com a possível exceção da lamotrigina, tenham efeitos adversos no desejo sexual. Com a gabapentina podem ocorrer problemas com o orgasmo. Da mesma forma, pode haver uma prevalência mais elevada de problemas de ereção e de orgasmo associados às benzodiazepinas. Não existem os mesmos relatos relativos à buspirona.

Muitos medicamentos não psiquiátricos, tais como agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrintestinais e hormonais, estão associados a alterações na função sexual. O uso de substâncias ilícitas está associado a diminuição do desejo sexual, disfunção erétil e dificuldade em atingir o orgasmo. As disfunções sexuais também são observadas em indivíduos medicados com metadona, mas raramente são referidas por aqueles que fazem buprenorfina. O abuso crónico de álcool e de nicotina está associado a problemas de ereção.

Prevalência

A prevalência e a incidência de disfunção sexual induzida por substância/medicamento não é clara, provavelmente devido à subnotificação de efeitos secundários sexuais desencadeados pelo tratamento. Os dados sobre disfunção sexual induzida por substância/medicamento referem-se tipicamente aos efeitos dos fármacos antidepressivos. A prevalência de disfunção sexual induzida por antidepressivos varia em parte dependendo do agente específico. Cerca de 25%-80% dos indivíduos que tomam inibidores da monoaminoxidase, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos serotoninérgicos e antidepressivos combinados serotoninérgicos-noradrenérgicos, referem efeitos sexuais secundários. Existem diferenças na incidência de efeitos sexuais secundários entre alguns antidepressivos serotoninérgicos e combinados serotoninérgicos-noradrenérgicos, embora não seja claro se estas diferenças são clinicamente significativas.

Cerca de 50% dos indivíduos que tomam medicamentos antipsicóticos terão efeitos secundários sexuais, incluindo problemas com o desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo. A incidência destes efeitos secundários entre os diferentes agentes antipsicóticos não é clara.

A prevalência e incidência exatas de disfunções sexuais entre os utilizadores de medicamentos não psiquiátricos, como os agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrintestinais e hormonais, não é clara. Foram relatadas taxas elevadas de disfunção sexual com a metadona ou com doses elevadas de agentes opiáceos utilizados para a dor. O uso de substâncias ilícitas associa-se a taxas elevadas de desejo sexual baixo, disfunção erétil e dificuldade em atingir o orgasmo. A prevalência de problemas sexuais parece estar relacionada com o abuso crónico de drogas e ser mais elevada em indivíduos que abusam da heroína (aproximadamente 60%-70%) do que em indivíduos que abusam de anfetaminas ou de 3,4-metilenodioximetanfetamina (isto é, MDMA, *ecstasy*). Também se verificam taxas elevadas de disfunção sexual em indivíduos medicados com metadona, mas é raro serem referidas por aqueles que fazem buprenorfina. O abuso crónico de álcool e de nicotina está associado a taxas elevadas de problemas de ereção.

Desenvolvimento e Curso

O início de disfunção sexual induzida por antidepressivos pode ser tão precoce como nos 8 dias após primeira toma do fármaco. Cerca de 30% dos indivíduos com orgasmo retardado ligeiro a moderado terão remissão espontânea da disfunção em 6 meses. Nalguns casos, a disfunção sexual induzida por inibidores seletivos da recaptação da serotonina pode persistir depois de o fármaco ser descontinuado. Desconhece-se o tempo necessário para que ocorra o início da disfunção sexual após a introdução de fármacos antipsicóticos ou de drogas de abuso. É provável que os efeitos adversos da nicotina e do álcool não apareçam até depois de anos de uso. Por vezes, a ejaculação prematura (precoce)

pode ocorrer após a cessação do uso de opiáceos. Existe alguma evidência de que as alterações da função sexual relacionadas com o uso de substância/medicamento aumentem com a idade.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Pode existir interação entre fatores culturais, a influência de medicamentos no funcionamento sexual e a resposta do indivíduo a essas alterações.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Podem existir algumas diferenças de género nos efeitos secundários sexuais.

Consequências Funcionais da Disfunção Sexual Induzida por Substâncias/Medicamentos

A disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos pode resultar em não adesão à medicação.

Diagnóstico Diferencial

Disfunções sexuais não induzidas por substância/medicamento. Muitas condições mentais, tais como perturbações depressivas, bipolares, de ansiedade e psicóticas, estão associadas a alterações da função sexual. Assim, pode ser muito difícil distinguir uma disfunção sexual induzida por substância/medicamento de uma manifestação de uma perturbação mental subjacente. O diagnóstico é em regra estabelecido se houver uma relação próxima entre o início ou a descontinuação de uma substância/medicamento. Pode estabelecer-se um diagnóstico claro se o problema ocorrer após o início da substância/medicamento, se desaparecer com a descontinuação da substância/medicamento e se reaparecer com a introdução do mesmo agente. A maioria dos efeitos secundários provocados por substâncias/medicamentos ocorrem pouco tempo depois do seu início ou descontinuação. Os efeitos sexuais secundários que surgem apenas após o uso crónico de uma substância/medicamento podem ser extremamente difíceis de diagnosticar com segurança.

Disfunção Sexual com Outra Especificação

302.79 (F52.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de disfunção sexual que causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo predominam, embora não cumpram os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das disfunções sexuais. A categoria disfunção sexual com outra especificação é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre os critérios para nenhuma disfunção sexual específica. Isso é feito registando «disfunção sexual com outra especificação» seguido pela razão específica (por exemplo, «aversão sexual»).

Disfunção Sexual Não Especificada

302.70 (F52.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de disfunção sexual que causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo predominam, embora não cumpram os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das disfunções sexuais. A categoria disfunção sexual não especificada é usada em situações em que o clínico opta por não especificar a razão específica pela qual os critérios não são preenchidos para uma disfunção sexual específica, e inclui apresentações clínicas para as quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico específico.

Disforia de Género

Este capítulo aborda o diagnóstico de disforia de género de forma abrangente, com conjuntos de critérios separados adequados ao desenvolvimento para crianças e para adolescentes e adultos. A área do sexo e do género é muito controversa e levou à proliferação de termos cujos significados variam ao longo do tempo e entre disciplinas. Uma fonte adicional de confusão é a de que no inglês e em português «sexo» refere-se quer a masculino/feminino quer a sexualidade. Este capítulo emprega constructos e termos tal como são amplamente usados pelos clínicos de várias disciplinas com especialização nesta área. Neste capítulo, *sexo* e *sexual* referem-se a indicadores biológicos de masculino e feminino (entendidos no contexto da capacidade reprodutiva), tais como cromossomas sexuais, gónadas, hormonas sexuais e genitália interna ou externa não ambígua. As perturbações do desenvolvimento sexual denotam condições de desvios somáticos congénitos da norma do trato reprodutivo e/ou discrepâncias entre os indicadores biológicos de masculino e feminino. O tratamento hormonal sexual *cruzado* denota o uso de hormonas feminizantes num indivíduo classificado como masculino à nascença, tendo por base indicadores biológicos tradicionais ou o uso de hormonas masculinizantes num indivíduo classificado como feminino à nascença.

A necessidade de introduzir o termo *género* surgiu quando se percebeu que o papel atribuído na sociedade e/ou a identificação como masculino ou feminino não podia ser associada uniformemente ou predita a partir de indicadores biológicos em indivíduos cujos indicadores biológicos do seu sexo são contraditórios ou ambíguos (isto é, «intersexo») e, ainda, nalguns indivíduos que, posteriormente, desenvolvem uma identidade feminina ou masculina em desacordo com o seu conjunto uniforme de indicadores biológicos clássicos. Portanto, *género* é usado para indicar o papel reconhecido publicamente (e, em regra, legalmente reconhecido) como rapaz ou rapariga, homem ou mulher, mas em que, em contraste com certas teorias do construcionismo social, os fatores biológicos são vistos como contribuintes, em interação com fatores sociais e psicológicos, do desenvolvimento do género. A *atribuição de género* refere-se à atribuição inicial como masculino ou feminino. Isto acontece em geral no momento do nascimento e, desse modo, constitui o «género natal». O *género atípico* refere-se a características somáticas ou comportamentos que não são típicos (num sentido estatístico) dos indivíduos com a mesma atribuição de género numa dada sociedade e época histórica; para o comportamento, um termo descritivo alternativo é *género não conforme*. A *reatribuição de género* refere-se a uma alteração oficial (e em regra legal) de género. A *identidade de género* é uma categoria de identidade social e refere-se à identificação de um indivíduo como masculino, feminino ou, ocasionalmente, uma outra categoria que não masculino ou feminino. *Disforia de género*, como termo descritivo geral, refere-se ao descontentamento afetivo/cognitivo com o género atribuído, mas é definido de forma mais específica quando

utilizado como uma categoria de diagnóstico. *Transgénero* refere-se a um largo espectro de indivíduos que transitória ou persistentemente se identificam com um género diferente do seu género natal. *Transexual* indica um indivíduo que procura ou que passou por uma transição social de masculino para feminino ou de feminino para masculino, o que em muitos, mas não todos, os casos envolve também uma transição somática através de tratamento hormonal sexual cruzado e cirurgia genital (*cirurgia de reatribuição de sexo*).

A *disforia de género* refere-se ao mal-estar que pode acompanhar a incongruência entre o género experimentado ou expresso e o género atribuído ao indivíduo. Embora nem todos os indivíduos venham a sentir mal-estar como resultado de tal incongruência, muitos ficam angustiados se as intervenções físicas desejadas por meio de hormonas e/ou cirurgia não estiverem disponíveis. O termo atual é mais descritivo do que o termo prévio do DSM-IV *perturbação da identidade de género* e foca-se na disforia como o problema clínico e não na identidade *per se*.

Disforia de Género

Critérios de Diagnóstico

Disforia de Género em Crianças **302.6 (F64.2)**

A. Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído, com uma duração de pelo menos 6 meses, manifestada por pelo menos 6 dos seguintes (um dos quais tem de ser o Critério A1):
   1. Um forte desejo de ser do outro género ou uma insistência de que se é do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído).
   2. Nos rapazes (género atribuído), uma forte preferência por travestir-se ou por simular o vestuário feminino; nas raparigas (género atribuído), uma forte preferência em vestir apenas roupa tipicamente masculina e uma forte resistência a vestir roupa tipicamente feminina.
   3. Uma forte preferência pelos papéis de género cruzado em jogos de faz-de-conta ou de fantasia.
   4. Uma forte preferência pelos brinquedos, jogos ou atividades com que estereotipicamente se ocupa o outro género.
   5. Uma forte preferência por companheiros do outro género.
   6. Nos rapazes (género atribuído), uma forte rejeição dos brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e um forte evitamento de brincadeiras turbulentas; ou nas raparigas (género atribuído), uma forte rejeição dos brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininos.
   7. Uma forte aversão à sua anatomia sexual.
   8. Um forte desejo de que as características sexuais primárias e/ou secundárias correspondam aos do género experienciado.

B. A condição associa-se a mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Com uma perturbação do desenvolvimento sexual (por exemplo, uma perturbação androgenital congénita tal como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade aos androgénios).

Nota de codificação. Codificar a perturbação do desenvolvimento sexual bem como a disforia de género.

Disforia de Género em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1)

A. Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído, com uma duração de pelo menos de 6 meses, manifestada por pelo menos 2 dos seguintes:
   1. Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em jovens adolescentes, as características sexuais secundárias esperadas).
   2. Um forte desejo de se libertar das suas características sexuais primárias e/ou secundárias devido a uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso (ou, em jovens adolescentes, a um desejo de prevenir o desenvolvimento das características sexuais secundárias esperadas).
   3. Um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género.
   4. Um forte desejo de ser do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído).
   5. Um forte desejo de ser tratado como se fosse do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído).
   6. Uma forte convicção de que tem os sentimentos e reações típicos do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído).

B. A condição associa-se a mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Com uma perturbação do desenvolvimento sexual (por exemplo, uma perturbação androgenital congénita tal como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade aos androgénios).

Nota de codificação. Codificar a perturbação do desenvolvimento sexual bem como a disforia de género.

Especificar se:

Pós-transição. O indivíduo transitou para uma vivência a tempo inteiro no género desejado (com ou sem legalização da alteração de género) e passou (ou está a preparar-se para passar) por pelo menos um procedimento ou tratamento médico sexual cruzado – nomeadamente, tratamento hormonal sexual cruzado regular ou cirurgia de reatribuição de género, confirmando o género desejado (por exemplo, penectomia, vaginoplastia em indivíduos com o género masculino à nascença; mastectomia ou faloplastia em indivíduos do género feminino à nascença).

Especificadores

O especificador pós-transição pode ser usado no contexto de procedimentos continuados de tratamento que servem para suportar a reatribuição do novo género.

Características de Diagnóstico

Os indivíduos com disforia de género possuem uma marcada incongruência entre o género que lhes foi atribuído (em geral no nascimento, referido como *género natal*) e o seu género experienciado/expresso. Esta discrepância é a componente nuclear do diagnóstico. Também deve haver evidência de mal-estar relativamente a esta incongruência.

Além dos estereótipos binários, o género experienciado pode incluir identidades de género alternativas. Consequentemente, o mal-estar não se limita ao desejo de simplesmente ser do outro género, mas pode incluir o desejo de ser de um género alternativo, desde que este seja diferente do género atribuído ao indivíduo.

A disforia de género manifesta-se de forma diferente nos diferentes grupos de idades. Raparigas pré-púberes (género natal) com disforia de género podem expressar o desejo de serem um rapaz, afirmar que são um rapaz ou afirmar que irão crescer para ser um homem. Preferem o vestuário e penteados dos rapazes, são muitas vezes reconhecidas como rapazes por estranhos e podem pedir para serem chamadas por um nome de rapaz. Frequentemente, apresentam reações negativas intensas às tentativas dos pais de as vestir com vestidos ou outro vestuário feminino. Algumas podem recusar ir à escola ou a eventos sociais em que esse vestuário é exigido. Estas raparigas podem demonstrar uma marcada identificação de género cruzada em desempenho de papéis, sonhos e fantasias. Com frequência preferem desportos de contacto, brincadeiras turbulentas, jogos tradicionalmente de rapazes e ter rapazes como companheiros. Mostram pouco interesse em brinquedos (por exemplo, bonecas) ou atividades (por exemplo, vestuário ou desempenho de tarefas femininas) estereotipicamente femininos. Ocasionalmente, recusam-se a urinar numa posição sentada. Algumas raparigas (género natal) podem expressar o desejo de ter um pénis ou afirmar que têm um pénis ou que lhes crescerá um quando forem mais velhas. Também podem afirmar que não querem que lhes cresçam mamas nem menstruar.

Os rapazes pré-púberes (género natal) com disforia de género podem expressar o desejo de serem uma rapariga ou afirmar que são uma rapariga ou que vão crescer para ser uma mulher. Têm preferência por se vestir com roupas de rapariga ou de mulher ou podem improvisar vestuário a partir dos materiais disponíveis (por exemplo, usar toalhas, aventais e lenços para representar cabelo comprido ou saias). Estas crianças podem desempenhar papéis de figuras femininas (por exemplo, brincar desempenhando o papel de «mãe») e muitas vezes estão extremamente interessadas em figuras de fantasia femininas. Com mais frequência preferem atividades, jogos e passatempos por tradição femininos (por exemplo, «brincar às casinhas»; desenhar figuras femininas; ver televisão ou vídeos sobre as personagens femininas favoritas). As bonecas estereotipicamente femininas (por exemplo, *Barbies*) são muitas vezes os brinquedos favoritos e as raparigas são os seus companheiros preferidos. Evitam brincadeiras turbulentas e desportos competitivos e têm pouco interesse por brinquedos estereotipicamente masculinos (por exemplo, carros, camiões). Alguns podem fingir não ter um pénis e insistir em sentar-se para urinar. Mais raramente, podem afirmar que consideram o seu pénis ou testículos repugnantes, que desejam retirá-los ou que têm, ou desejam ter, uma vagina.

Em jovens adolescentes com disforia de género, as características clínicas podem assemelhar-se às das crianças ou adultos com a mesma condição, dependendo do nível de desenvolvimento. Uma vez que nos jovens adolescentes as características sexuais secundárias não estão ainda completamente desenvolvidas, estes indivíduos podem não afirmar a sua aversão por elas, mas estão preocupados com as alterações físicas iminentes.

Em adultos com disforia de género, a discrepância entre o género experienciado e as características físicas sexuais acompanham-se muitas vezes, mas nem sempre, de um desejo de se libertar das características sexuais primárias e/ou secundárias e/ou um forte desejo de adquirir algumas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género. Em diferentes graus, os adultos com disforia de género podem adotar o comportamento,

vestuário e maneirismos do género experienciado. Sentem-se desconfortáveis ao serem observados por terceiros ou por funcionar em sociedade como membros do seu género atribuído. Alguns adultos podem ter um forte desejo de ser de um género diferente e de ser tratados como tal, e podem ter uma convicção profunda de que sentem e respondem como o género experienciado sem terem de procurar tratamento médico para alterar as características corporais. Podem encontrar outras formas de resolver a incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído, vivendo parcialmente no papel desejado ou adotando um papel de género que, convencionalmente, não é nem masculino nem feminino.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Quando se desenvolvem os sinais visíveis da puberdade, os rapazes (género natal) podem depilar as pernas aos primeiros sinais de crescimento de pelos. Por vezes prendem os genitais de forma a tornar as ereções menos visíveis. As raparigas podem ligar as mamas, andar curvadas ou usar camisolas largas para tornar as mamas menos visíveis. Cada vez mais, os adolescentes pedem, ou podem obter sem prescrição médica e supervisão, supressores hormonais («bloqueadores») ou esteroides gonadais (por exemplo, espironolactona, análogo da hormona libertadora de gonadotrofina [GnRH]). Os adolescentes referenciados clinicamente querem muitas vezes tratamento hormonal e muitos também desejam uma cirurgia de reatribuição de género. Os adolescentes que vivem num ambiente que o aceite, podem expressar abertamente o desejo de serem, e de serem tratados como, um indivíduo do género experienciado e de se vestirem, parcial ou totalmente, como o género experienciado, ter um penteado típico do género experienciado, procurar de preferência amizades com pares do outro género e/ou adotar um novo primeiro nome consistente com o género experienciado. Adolescentes mais velhos, quando sexualmente ativos, com frequência não mostram ou não permitem que os parceiros toquem nos seus órgãos sexuais. Para os adultos com uma aversão aos seus genitais, a atividade sexual é limitada pela preferência de que os seus genitais não sejam vistos ou tocados pelos seus parceiros. Alguns adultos podem procurar tratamento hormonal (algumas vezes sem prescrição e supervisão médicas) e cirurgia de reatribuição de género. Outros ficam satisfeitos apenas com o tratamento hormonal ou com a cirurgia.

Antes da cirurgia de reatribuição de género, os adolescentes e adultos com disforia de género têm um risco aumentado de ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios. Após a reatribuição de género, o ajustamento pode variar e o risco de suicídio pode persistir.

Prevalência

Para os homens adultos (género natal), a prevalência varia entre 0,005% e 0,014%, e para as mulheres (género natal) varia entre 0,002% e 0,003%. Uma vez que nem todos os adultos que procuram tratamento hormonal e cirurgia de reatribuição de género frequentam clínicas especializadas, é provável que estas taxas estejam moderadamente subestimadas. As diferenças entre sexos nas taxas de referenciação para as clínicas especializadas variam por grupo etário. Em crianças, a proporção entre rapazes e raparigas (géneros natais) varia de 2:1 a 4,5:1. Nos adolescentes, a razão entre sexos está próxima da paridade; nos adultos, a razão entre sexos favorece os homens (género natal), com proporções entre 1:1 e 6,1:1. Em dois países, a razão entre sexos parece favorecer as mulheres (género natal) (Japão: 2,2:1; Polónia: 3,4:1).

Desenvolvimento e Curso

Uma vez que a expressão da disforia de género varia com a idade, existem conjuntos de critérios separados para as crianças e para os adolescentes e adultos. Os critérios para as crianças estão definidos de uma forma mais concreta e comportamental do que os dos adolescentes e adultos. Muitos dos critérios nucleares baseiam-se em diferenças comportamentais de género bem documentadas entre rapazes e raparigas com um desenvolvimento típico. As crianças mais jovens são menos propensas a expressar disforia anatómica extrema e persistente, quando comparadas com as crianças mais velhas, adolescentes e adultos. Nos adolescentes e adultos, a incongruência entre o género experienciado e o sexo somático constitui uma característica central do diagnóstico. Os fatores relacionados com mal-estar e défices também variam com a idade. Uma criança muito pequena pode exibir sinais de mal-estar (por exemplo, choro intenso) apenas quando os pais lhe dizem que ele ou ela não é «realmente» um membro do outro género, mas que apenas o «deseja» ser. O mal-estar pode não ser manifestado em ambientes sociais que apoiem o desejo da criança em viver no papel do outro género e pode apenas emergir se houver interferência com esse desejo. Nos adolescentes e adultos, o mal-estar pode manifestar-se devido a uma forte incongruência entre o género experienciado e o sexo somático. Esse mal-estar pode, contudo, ser mitigado por ambientes apoiantes e pelo conhecimento de que existem tratamentos biomédicos para reduzir essa incongruência. Da disforia de género podem resultar défices (por exemplo, recusa escolar, desenvolvimento de depressão, ansiedade e abuso de substâncias).

Disforia de género sem uma perturbação do desenvolvimento sexual. Para as crianças que são referenciadas clinicamente, o início dos comportamentos de género cruzado dá-se muitas vezes entre os 2 e os 4 anos. Isto corresponde ao período de desenvolvimento em que, mais tipicamente, as crianças começam a desenvolver a expressão dos comportamentos e interesses de género. Para algumas crianças em idade pré-escolar, tanto os comportamentos de género cruzado como o desejo expresso de ser de outro género podem estar presentes, ou, mais raramente, pode ocorrer que as crianças se rotulem como membros do outro género. Nalguns casos, o desejo expresso de ser de outro género surge mais tarde, em geral com a entrada para a escola primária. Uma pequena minoria de crianças expressa o seu desconforto com a sua anatomia sexual ou afirmará o desejo de ter uma anatomia sexual que corresponda à do género experienciado («disforia anatómica»). As expressões de disforia anatómica tornam-se mais comuns à medida que as crianças com disforia de género se aproximam e antecipam a puberdade.

As taxas de persistência da disforia de género desde a infância até à adolescência ou idade adulta variam. Nos homens (género natal), a persistência varia entre 2,2% e 30%. Nas mulheres (género natal), a persistência varia entre 12% e 50%. A persistência de disforia de género correlaciona-se moderadamente com avaliações dimensionais de gravidade realizadas na altura de uma avaliação de base da infância. Numa amostra de homens (género natal), o estrato socioeconómico mais baixo também se correlacionava moderadamente com a persistência. Não é claro se certas estratégias terapêuticas para a disforia de género em crianças estão relacionadas com taxas de persistência de longo prazo. As amostras de seguimento existentes constituídas por crianças que não estão a receber qualquer intervenção terapêutica formal ou que estão a receber intervenções terapêuticas de vários tipos variam desde esforços ativos para reduzir a disforia de género até abordagens mais neutras, «espera vigilante». Não é claro se as crianças «encorajadas» ou apoiadas a viver socialmente no

género desejado irão exibir taxas de persistência mais elevadas, uma vez que essas crianças ainda não foram acompanhadas longitudinalmente de uma forma sistemática. Quase todas as crianças que mostram persistência são sexualmente atraídas por indivíduos do seu género natal, quer sejam do género natal masculino, quer do feminino. As crianças de género natal masculino cuja disforia de género não persiste são, na sua maioria, *androfílicas* (sexualmente atraídas por homens) e autoidentificam-se muitas vezes como *gays* ou homossexuais (variando entre 63% e 100%). Nas crianças de género natal feminino cuja disforia de género não persiste, a percentagem das que são *ginofílicas* (sexualmente atraídas por mulheres) e que se autoidentificam como lésbicas é mais baixa (variando entre 32% e 50%).

Tanto nos adolescentes como nos adultos de género natal masculino, existem duas trajetórias principais para o desenvolvimento da disforia de género: início precoce e início tardio. A *disforia de género de início precoce* inicia-se na infância e continua pela adolescência e idade adulta; ou ocorre um período intermitente em que a disforia de género cessa e em que estes indivíduos se autoidentificam como *gays* ou homossexuais, seguido da recorrência da disforia de género. A *disforia de género de início tardio* ocorre por volta da puberdade ou muito mais tarde na vida. Alguns destes indivíduos referem ter tido desejo de ser do outro género na infância que não foi expresso verbalmente aos outros. Outros não se recordam de quaisquer sinais de disforia de género na infância. No caso dos adolescentes masculinos com disforia de género de início tardio, os pais frequentemente mostram-se surpreendidos porque não viram sinais de disforia de género durante a infância. As expressões de disforia anatómica são mais comuns e proeminentes em adolescentes e adultos, uma vez que as características sexuais secundárias se tenham desenvolvido.

Os adolescentes e adultos de género natal masculino com disforia de género de início precoce são quase sempre atraídos sexualmente por homens (androfílicos). Os adolescentes e adultos com disforia de género de início tardio envolvem-se muitas vezes em comportamentos travestidos com excitação sexual. Estes indivíduos são, maioritariamente, ginofílicos ou sexualmente atraídos por outros homens (género natal) pós-transição com disforia de género de início tardio. Numa percentagem significativa de homens adultos com disforia de género de início tardio coabitam ou são casados com mulheres (género natal). Após a transição de género, muitos autoidentificam-se como lésbicas. Entre homens adultos (género natal) com disforia de género, o grupo de início precoce procura cuidados médicos para tratamento hormonal e cirurgia de reatribuição de género em idades mais jovens do que o grupo de início tardio. O grupo de início tardio pode ter mais flutuações no grau de disforia de género e estar mais ambivalente e provavelmente menos satisfeito após a cirurgia de reatribuição de género.

Tanto em raparigas adolescentes como em mulheres adultas (género natal), o curso mais comum é a disforia de género de início precoce. A disforia de início tardio é muito menos comum em mulheres (género natal) do que em homens (género natal). Tal como nos homens (género natal) com disforia de género, pode ter havido um período em que a disforia de género cessou e em que estes indivíduos se autoidentificaram como lésbicas. Todavia, com a recorrência da disforia de género é procurada a consulta clínica, com frequência com o desejo de fazer tratamento hormonal e cirurgia de reatribuição de género. Os pais das raparigas adolescentes (género natal) com disforia de género de início tardio também se mostram surpresos, uma vez que não foram evidentes sinais de disforia de género na infância. As expressões de disforia anatómica são muito mais comuns e proeminentes em adolescentes e adultos do que em crianças.

As mulheres adolescentes e adultas (género natal) com disforia de género de início precoce são quase sempre ginofílicas. As adolescentes e adultas com disforia de género de início tardio são frequentemente androfílicas e após a transição de género autoidentificam-se como homens *gay*. As mulheres (género natal) com disforia de género de início tardio não apresentam comportamentos simultâneos de travestismo com excitação sexual.

Disforia de género em associação com uma perturbação do desenvolvimento sexual. A maioria dos indivíduos com uma perturbação do desenvolvimento sexual que desenvolvem disforia de género já mereceu atenção médica numa idade precoce. Para muitos, começando à nascença, foram levantadas questões acerca da atribuição de género pelos médicos e pais. Além disso, uma vez que a infertilidade é bastante comum neste grupo, os médicos estão mais dispostos a realizar tratamentos hormonais cruzados e cirurgia genital antes da idade adulta.

De forma geral, as perturbações do desenvolvimento sexual associam-se a comportamento atípico de género com início na primeira infância. Contudo, na maioria dos casos, isto não leva a disforia de género. Uma vez que os indivíduos com uma perturbação do desenvolvimento sexual tomam consciência da sua história clínica e condição, muitos experienciam incerteza acerca do seu género, ao contrário de desenvolverem uma convicção firme de que são de outro género. Porém, muitos não avançam para a transição de género. A disforia de género e a transição de género podem variar consideravelmente em função de uma perturbação do desenvolvimento sexual, da sua gravidade e do género atribuído.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Para indivíduos com disforia de género sem uma perturbação do desenvolvimento sexual, o comportamento de género atípico entre indivíduos com disforia de género de início precoce desenvolve-se no começo da idade pré-escolar e é possível que um elevado grau de atípicidade torne mais provável o desenvolvimento de disforia de género e a sua persistência até à adolescência e idade adulta.

Ambientais. Entre indivíduos com disforia de género sem uma perturbação do desenvolvimento sexual, os homens com disforia de género (tanto na infância como na adolescência) têm muitas vezes irmãos mais velhos do que os homens sem essa condição. Em especial em indivíduos com disforia de género de início tardio (adolescência, idade adulta), incluem-se nos fatores predisponentes adicionais sob consideração o fetichismo travestido habitual que se desenvolve em autoginefilia (isto é, excitação sexual associada a pensamento ou imagem do próprio como mulher) e outras formas mais gerais de problemas sociais, psicológicos ou do desenvolvimento.

Genéticos e fisiológicos. Para indivíduos com disforia de género sem uma perturbação do desenvolvimento sexual, parece haver alguma contribuição genética pela evidência de transexualismo na família (fraco) entre irmãos não gémeos, concordância aumentada para transexualismo em gémeos monozigóticos comparados com gémeos dizigóticos do mesmo sexo, e algum grau de hereditariedade da disforia de género. Quanto aos achados endocrinológicos, não se encontraram alterações endógenas sistémicas nos níveis de hormonas sexuais nos indivíduos 46,XY, enquanto parece haver níveis aumentados de androgénios (próximos dos encontrados em mulheres com hirsutismo, mas bastante abaixo dos níveis normais masculinos) em indivíduos 46,XX. Globalmente, as evidências atuais são insuficientes para

classificar uma disforia de género sem uma perturbação do desenvolvimento sexual como uma forma de intersexualidade limitada ao sistema nervoso central.

Na disforia de género associada a uma perturbação do desenvolvimento sexual, está aumentada a probabilidade de mais tarde desenvolver disforia de género se a produção e utilização pré-natal (via sensibilidade dos recetores) dos androgénios for grosseiramente atípica em relação ao que é habitual nos indivíduos com o mesmo género atribuído. Constituem exemplos os indivíduos 46,XY com história de níveis hormonais masculinos pré-natais normais, mas com defeitos genitais congénitos não hormonais (tal como na extrofia da bexiga cloacal ou na agenesia peniana) e a quem foi atribuído o género feminino. A probabilidade da disforia de género está ainda mais aumentada pela exposição pós-natal adicional, prolongada e altamente atípica de género, a androgénios com subsequente virilização somática, tal como pode ocorrer em indivíduos não castrados e criados como mulheres 46,XY com deficiência da 5-alfa-redutase-2 ou deficiência da 17-beta-hidroxiesteroide desidrogenase-3, ou em indivíduos 46,XX criados como mulheres com hiperplasia adrenal congénita clássica com períodos prolongados de não adesão à terapêutica glicocorticoide de substituição. Contudo, o meio pré-natal de androgénios está mais intimamente relacionado com o comportamento de género do que com a identidade de género. Muitos indivíduos com perturbações do desenvolvimento sexual e com comportamento de género marcadamente atípico não desenvolvem disforia de género. Assim, o comportamento atípico de género por si só não deve ser interpretado como um indicador de disforia de género atual ou futura. Em indivíduos 46,XY com uma perturbação do desenvolvimento sexual parece existir uma taxa mais elevada de disforia de género, bem como de alteração de género por iniciativa do doente, de mulher (género atribuído) para homem do que de homem (género atribuído) para mulher.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existem referências a indivíduos com disforia de género em muitos países e culturas. Também foram relatados os equivalentes a disforia de género em indivíduos a viver em culturas com outras categorias de género institucionalizadas que não o masculino e feminino. Não é claro se os critérios de diagnóstico para disforia de género são preenchidos nestes indivíduos.

Marcadores de Diagnóstico

Indivíduos com uma perturbação somática do desenvolvimento sexual apresentam alguma correlação entre o resultado final da identidade de género e o grau de produção e utilização pré-natal de androgénios. Contudo, a correlação não é suficientemente robusta para que o fator biológico, quando determinado, substitua uma entrevista de diagnóstico minuciosa e abrangente para a disforia de género.

Consequências Funcionais da Disforia de Género

A preocupação com os desejos de género cruzado pode desenvolver-se em todas as idades após os primeiros 2-3 anos da infância e muitas vezes interfere com as atividades diárias. Em crianças mais velhas, a incapacidade de estabelecer relações entre pares do mesmo género e aptidões típicas da idade pode levar ao isolamento dos grupos de pares e a mal-estar. Algumas crianças podem recusar-se a ir à escola devido a provocações e perseguições ou a pressões para vestir roupa de acordo com o género que lhes é atribuído. Também em adolescentes e adultos, a preocupação com os desejos de género cruzado interferem muitas vezes com as atividades diárias. Dificuldades de relacionamento, incluindo problemas de relações

sexuais, são comuns e o funcionamento escolar ou no trabalho pode estar prejudicado. A disforia de género, junto com a expressão atípica de género, está associada a níveis elevados de estigmatização, discriminação e vitimização, levando a um autoconceito negativo, taxas aumentadas de comorbilidade com perturbação mental, abandono escolar e marginalização económica, incluindo desemprego, com riscos sociais e de saúde mental concomitantes, em especial em indivíduos de contextos familiares de baixos recursos. Além disso, o acesso destes indivíduos aos cuidados de saúde e aos serviços de saúde mental pode estar dificultado por barreiras estruturais, tais como inexperiência ou incómodo institucional em trabalhar com esta população de doentes.

Diagnóstico Diferencial

Não conformidade com os papéis de género. A disforia de género deve ser distinguida da simples não conformidade com os estereótipos comportamentais de género pelo forte desejo de ser de outro género diferente do atribuído e pela extensão e invasibilidade das diferentes atividades e interesses de género. O diagnóstico não pretende descrever meramente a não conformidade com o estereótipo comportamental de género (por exemplo, comportamento «maria-rapaz» em raparigas, «rapaz-efeminado» nos rapazes, travestismo ocasional em homens adultos). Dada a abertura crescente a expressões atípicas de género de toda a extensão do espectro transgénero, é importante que o diagnóstico clínico se limite àqueles indivíduos cujo mal-estar e incapacidade preenchem os critérios específicos.

Perturbação de travestismo. A perturbação de travestismo ocorre em adolescentes e homens adultos heterossexuais (ou bissexuais) (raramente em mulheres) para quem o comportamento de travestismo provoca excitação sexual e causa mal-estar e/ou défices, mas sem colocar em questão o seu género primário. É acompanhado ocasionalmente por disforia de género. Podem ser atribuídos ambos os diagnósticos a um indivíduo com perturbação de travestismo que também apresente disforia de género clinicamente significativa. O comportamento de travestismo com excitação sexual pode ser um precursor em muitos casos de disforia de género de início tardio em homens (género natal) ginofílicos.

Perturbação dismórfica corporal. Um indivíduo com perturbação dismórfica corporal foca-se na alteração ou remoção de uma parte específica do corpo porque é percecionada como anormalmente formada e não porque represente um género atribuído que repudie. Quando a apresentação clínica de um indivíduo preenche os critérios tanto de disforia de género como de perturbação dismórfica corporal, ambos os diagnósticos podem ser atribuídos. Os indivíduos que desejam ter um membro saudável amputado (denominado por alguns como *perturbação de identidade da integridade corporal*) porque isso os faz sentir mais «completos», em geral não desejam mudar de género, mas desejam sim viver como pessoas amputadas ou deficientes.

Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. Na esquizofrenia, raramente existem delírios de pertencer a algum outro género. Na ausência de sintomas psicóticos, a insistência de um indivíduo com disforia de género de que ele ou ela é de algum outro género não é considerada um delírio. A esquizofrenia (ou outras perturbações psicóticas) e a disforia de género podem ocorrer em simultâneo.

Outras apresentações clínicas. Alguns indivíduos com um desejo de emasculação que desenvolvem uma identidade de género alternativa, não masculina/não feminina, têm uma apresentação que preenche os critérios para disforia de género. Contudo, alguns homens solicitam a castração e/ou penectomia por razões estéticas ou para remover os efeitos psicológicos dos androgénios sem alterar a identidade masculina. Nestes casos, os critérios para disforia de género não são preenchidos.

Comorbilidades

As crianças referenciadas clinicamente por disforia de género apresentam níveis elevados de problemas emocionais e comportamentais – mais comummente, ansiedade, comportamentos disruptivos e do controlo dos impulsos e perturbações depressivas. Em crianças pré-púberes, o aumento da idade está associado a mais problemas comportamentais ou emocionais. Isto relaciona-se com a não aceitação crescente de comportamentos variantes de género por parte dos outros. Em crianças mais velhas, o comportamento variante de género conduz muitas vezes a ostracização pelos pares, o que pode levar a mais problemas comportamentais. A prevalência de problemas de saúde mental difere entre culturas. Estas diferenças também podem estar relacionadas com diferentes atitudes face à variação de género nas crianças. Contudo, mesmo nalgumas culturas não ocidentais, a ansiedade parece ser relativamente comum em indivíduos com disforia de género, inclusive em culturas com atitudes de aceitação face ao comportamento variante de género. A perturbação do espectro do autismo é mais prevalecente em crianças referenciadas clinicamente por disforia de género do que na população geral. Os adolescentes referenciados clinicamente por disforia de género parecem apresentar perturbações mentais comórbidas, sendo as perturbações de ansiedade e depressivas as mais comuns. Tal como nas crianças, a perturbação do espectro do autismo é mais prevalecente em adolescentes referenciados clinicamente por disforia de género do que na população geral. Os adultos referenciados clinicamente por disforia de género podem ter problemas de saúde mental coexistentes, mais comummente, perturbações de ansiedade e depressivas.

Disforia de Género com Outra Especificação

302.6 (F64.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de disforia de género que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, embora não cumpram os critérios completos para disforia de género. A categoria disforia de género com outra especificação é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre os critérios para disforia de género. Isso é feito registando «disforia de género com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «disforia de género breve»).

Um exemplo de uma situação que pode ser especificada utilizando a designação «com outra especificação» é a seguinte:

A perturbação atual preenche os critérios para disforia de género, mas a duração é inferior a 6 meses.

Disforia de Género Não Especificada

302.6 (F64.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de disforia de género que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, embora não cumpram os critérios completos para disforia de género. A categoria disforia de género não especificada é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão específica pela qual os critérios não são preenchidos para disforia de género e inclui apresentações clínicas para as quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico.

Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento

As perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento incluem condições que envolvem problemas de autocontrolo das emoções e dos comportamentos. Enquanto no DSM-5 outras perturbações podem também envolver problemas de regulação emocional e/ou comportamental, neste capítulo as perturbações são singulares, na medida em que se manifestam por comportamentos que violam os direitos dos outros (por exemplo, agressão, destruição de propriedade) e/ou envolvem o indivíduo em conflitos significativos com as figuras de autoridade ou normas da sociedade. As causas subjacentes aos problemas de autocontrolo das emoções e comportamentos variam significativamente entre as perturbações deste capítulo e entre indivíduos com uma determinada categoria diagnóstica.

Este capítulo inclui a perturbação desafiante de oposição, perturbação explosiva intermitente, perturbação do comportamento, perturbação antissocial da personalidade (que é descrita no capítulo «Perturbações da Personalidade»), piromania, cleptomania e outras perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação e não especificadas. Embora todas as perturbações constantes deste capítulo envolvam tanto problemas na regulação emocional como na regulação comportamental, a fonte da variação entre as perturbações é a ênfase relativa dada aos dois tipos de problemas de autocontrolo. Por exemplo, os critérios para perturbação do comportamento focam-se largamente no controlo pobre dos comportamentos que violam os direitos dos outros ou que violam as principais normas da sociedade. Muitos dos sintomas comportamentais (por exemplo, agressão) podem ser resultado do fraco controlo de emoções como a raiva. No outro extremo, os critérios para a perturbação explosiva intermitente focam-se largamente na emoção pouco controlada, explosões de raiva, que são desproporcionais à provocação interpessoal ou de outro tipo, ou a outro fator de stress psicossocial. Numa posição intermédia de impacte entre estas duas perturbações encontra-se a perturbação desafiante de oposição, na qual os critérios estão mais uniformemente distribuídos entre emoções (raiva e irritação) e comportamentos (conflituosidade e desafio). A piromania e a cleptomania são diagnósticos feitos menos comummente, caracterizados por controlo pobre dos impulsos associado a comportamentos específicos (fogo-posto ou roubo) que aliviam a tensão interior. perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação são uma categoria para condições nas quais existem sintomas de perturbação do comportamento, perturbação desafiante de oposição ou de outra perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento, mas o número de sintomas não ultrapassa o limiar de diagnóstico para qualquer uma das perturbações deste capítulo, existindo, apesar disso, evidência de défice clinicamente significativo associado a estes sintomas.

As perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento são mais frequentes em indivíduos do sexo masculino do que nos do feminino, apesar de este grau de predominância nos indivíduos do sexo masculino variar não só entre as perturbações, como numa mesma perturbação, com a idade. As perturbações deste capítulo têm em geral início na infância ou adolescência. De facto, é muito raro tanto para a perturbação do comportamento como de desafio e oposição surgirem pela primeira vez na idade adulta. Existe uma relação de desenvolvimento entre a perturbação desafiante de oposição e a perturbação do comportamento, dado que, na maior parte dos casos de perturbação do comportamento, foram preenchidos anteriormente os critérios para perturbação desafiante de oposição. No entanto, a maioria das crianças com perturbação desafiante de oposição eventualmente não desenvolve perturbação do comportamento. Mais ainda, crianças com perturbação desafiante de oposição estão em risco para o desenvolvimento eventual de outros problemas para além de perturbação do comportamento, incluindo perturbações depressivas e de ansiedade.

Muitos dos sintomas que definem as perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento são comportamentos que podem ocorrer, até determinado grau, no desenvolvimento típico do indivíduo. Assim, é crítico que a frequência, persistência e globalidade nas diferentes situações ou défice associado aos comportamentos indicativos do diagnóstico sejam considerados de acordo com o que é normativo para a idade, género e cultura da pessoa, na altura de determinar se são sintomáticos de uma perturbação.

As perturbações disruptivas do controlo dos impulsos e do comportamento foram associadas a um espectro de externalização comum, associado com dimensões de personalidade rotuladas como *desinibição* e (inversamente) *constrangimento*, e em menor extensão com emocionalidade negativa. Estas dimensões da personalidade partilhadas podem contribuir para a existência de um elevado nível de comorbilidade entre as perturbações deste grupo, e para a frequente comorbilidade com as perturbações de uso de substâncias e perturbação antissocial da personalidade. No entanto, a natureza específica da predisposição, comum às perturbações do espectro de externalização, permanece desconhecida.

Perturbação Desafiante de Oposição

Critérios de Diagnóstico 313.81 (F91.3)

A. Um padrão de humor zangado/irritável, comportamento conflituoso/desafiante ou comportamento vingativo, que dura pelo menos 6 meses, caracterizado pela presença de pelo menos 4 sintomas de qualquer de uma das seguintes categorias que ocorrem durante a interação com pelo menos um indivíduo que não seja irmão ou irmã.

Humor zangado/irritável

1. Com frequência perde o controlo.
2. Com frequência é suscetível ou facilmente incomodado pelos outros.
3. Sente frequentemente raiva e ressentimento.

Comportamento conflituoso/desafiante

4. Discute frequentemente com figuras de autoridade ou, no caso das crianças e adolescentes, com adultos.
5. Com frequência, desafia ou recusa cumprir pedidos de figuras de autoridade ou regras.
6. Com frequência, aborrece deliberadamente as outras pessoas.
7. Com frequência, culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.

Comportamento Vingativo

8. Foi rancoroso ou vingativo pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses.

Nota. A frequência e a persistência destes comportamentos devem ser usadas para distinguir um comportamento que se encontra dentro dos limites da normalidade de um comportamento que é sintomático. Para crianças com menos de 5 anos, o comportamento deve estar presente durante a maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, exceto indicação contrária (Critério A8). Para indivíduos com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana durante pelo menos 6 meses, exceto indicação contrária (Critério A8). Enquanto estes critérios são orientadores de um nível de frequência mínimo para definir o sintoma, outros fatores devem também ser considerados, tais como a frequência e a intensidade do comportamento estarem para além dos limites normativos para um indivíduo de nível de desenvolvimento, género e cultura comparáveis.

B. A perturbação do comportamento está associada a mal-estar do indivíduo ou de outras pessoas do seu contexto social próximo (por exemplo, família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou tem impacte negativo nas áreas social, educacional, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento do indivíduo.

C. O comportamento não ocorre exclusivamente no contexto de uma perturbação psicótica, de uso de substâncias, depressiva ou bipolar. também não são preenchidos os critérios de perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Os sintomas estão confinados apenas a 1 contexto (por exemplo, em casa, na escola, no trabalho, com os pares).

Moderada. Alguns sintomas estão presentes em pelo menos 2 contextos.

Grave. Alguns sintomas estão presente em 3 ou mais contextos.

Especificadores

Não é incomum para indivíduos com perturbação desafiante de oposição apresentar os sintomas apenas em casa, ou apenas com membros da família. No entanto, a globalidade do sintoma é um indicador de gravidade da perturbação.

Características de Diagnóstico

A característica essencial do diagnóstico de perturbação desafiante de oposição é o padrão frequente e persistente de humor zangado/irritável, comportamento conflituoso/desafiante ou comportamento vingativo (Critério A). Não é invulgar os indivíduos com perturbação desafiante e de oposição apresentarem as características do comportamento da perturbação, sem apresentarem problemas de humor negativo. No entanto, indivíduos com a perturbação que mostram humor zangado/irritável mostram tipicamente também características comportamentais.

Os sintomas de perturbação desafiante de oposição podem estar confinados a um contexto, sendo o mais frequente a sua casa. Indivíduos que apresentam sintomas suficientes para preencher o limiar de diagnóstico, mesmo que só em casa, podem estar significativamente comprometidos no seu funcionamento social. No entanto, em casos mais graves, os sintomas da perturbação estão presentes em vários contextos. Dado que a globalidade dos sintomas é um indicador da gravidade da perturbação, é crucial que o comportamento do indivíduo seja avaliado em vários tipos de situações e em vários contextos relacionais. Uma

vez que estes comportamentos são comuns entre irmãos/irmãs, eles devem ser observados durante as interações com outras pessoas para além destes. Além disso, dado que os sintomas desta perturbação são tipicamente mais evidentes em interações com adultos ou pares, os quais o indivíduo conhece bem, aqueles podem não ser observados durante o exame clínico.

Os sintomas da perturbação desafiante de oposição podem ocorrer em algum grau em indivíduos sem esta perturbação. Existem várias considerações-chave para determinar se os comportamentos são sintomáticos de perturbação desafiante de oposição. Primeiro, o limiar de diagnóstico de 4 ou mais sintomas durante pelo menos os 6 meses precedentes tem de ser preenchido. Segundo, a persistência e a frequência dos sintomas devem exceder os limites considerados normativos para um indivíduo com o nível de desenvolvimento, género e cultura comparáveis. Por exemplo, não é incomum para uma criança em idade pré-escolar fazer birra todas as semanas. As explosões temperamentais numa criança em idade pré-escolar deverão ser consideradas sintomáticas de perturbação desafiante de oposição apenas se ocorrerem na maior parte dos dias durante pelo menos 6 meses, se ocorrerem com pelo menos outros 3 sintomas da perturbação e se os episódios de explosividade tiverem contribuído para um défice significativo associado à perturbação (por exemplo, ter levado à destruição de propriedade durante os episódios, ter levado à expulsão da escola).

Os sintomas da perturbação fazem com frequência parte de um padrão de interações problemáticas com as outras pessoas. Além disso, os indivíduos com esta perturbação, tipicamente não se consideram irritados, em oposição ou desafiantes. Pelo contrário, justificam com frequência o seu comportamento como uma resposta a exigências ou a circunstâncias despropositadas. Assim, pode ser difícil perceber a contribuição relativa da perturbação do indivíduo para a interação problemática que ele experiencia. Por exemplo, uma criança com perturbação desafiante de oposição pode ter vivido uma história de paternidade hostil, sendo com frequência impossível determinar se o comportamento da criança levou os pais a comportarem-se de forma hostil para com ela ou se a hostilidade parental levou ao comportamento problemático da criança ou se há uma combinação de ambas as situações. Quer o clínico seja ou não capaz de separar as contribuições relativas dos fatores causais potenciais, tal não deve influenciar o diagnóstico realizado. No caso de a criança viver em condições particularmente pobres, onde a negligência e os maus-tratos podem ocorrer (por exemplo, em situações de institucionalização), a atenção clínica pode ser útil para reduzir a contribuição do ambiente.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Em crianças e adolescentes, a perturbação desafiante de oposição é mais prevalente em famílias nas quais o cuidado da criança é interrompido pela sucessão de diferentes cuidadores ou em famílias nas quais a educação severa, inconsistente ou negligente é prática comum. Duas ou mais perturbações que podem coocorrer com a perturbação desafiante de oposição são a perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) e a perturbação do comportamento (ver a secção «Comorbilidades» para esta perturbação). A perturbação desafiante de oposição tem sido associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio, mesmo quando as comorbilidades foram controladas.

Prevalência

A prevalência da perturbação desafiante de oposição varia de 1% a 11%, com uma média de prevalência estimada de cerca de 3,3%. A taxa de perturbação desafiante de oposição varia com a idade e o género da criança. A perturbação parece ser mais prevalente em indivíduos

do sexo masculino que nos do feminino (1,4:1) antes da adolescência. Esta predominância masculina não é consistentemente encontrada em amostras de adolescentes e adultos.

Desenvolvimento e Curso

Os primeiros sintomas de perturbação desafiante de oposição surgem em geral durante a idade pré-escolar e raramente depois do início da adolescência. A perturbação desafiante de oposição precede com frequência o desenvolvimento da perturbação do comportamento, sobretudo nos indivíduos com perturbação do comportamento com início na infância. No entanto, muitas crianças com perturbação desafiante de oposição não desenvolvem necessariamente perturbação do comportamento. A perturbação desafiante de oposição também acarreta risco de desenvolvimento de perturbações de ansiedade e perturbação depressiva major, mesmo na ausência de perturbação do comportamento. Os sintomas de comportamento desafiante, conflituoso e vingativo comportam a maior parte do risco para perturbação do comportamento, enquanto os sintomas de humor zangado/irritável comportam a maior parte do risco para perturbações emocionais.

As manifestações da perturbação ao longo do desenvolvimento parecem consistentes. Crianças e adolescentes com perturbação desafiante de oposição têm risco aumentado para numerosos problemas de ajustamento na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controlo dos impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão.

Muitos dos comportamentos associados a perturbação desafiante de oposição aumentam de frequência durante o período pré-escolar e na adolescência. Assim, é especialmente crítico que durante estes períodos de desenvolvimento a frequência e a intensidade destes comportamentos seja avaliada de acordo com níveis normativos para essa idade, antes de decidir que eles constituem sintomas de perturbação desafiante de oposição.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Fatores temperamentais relacionados com problemas de regulação emocional (por exemplo, elevados níveis de reatividade emocional, baixa tolerância à frustração) têm sido preditivos desta perturbação.

Ambientais. Educações severas, inconsistentes ou negligentes são comuns em famílias de crianças e adolescentes com perturbação desafiante de oposição, desempenhando estas práticas educacionais um papel importante em várias teorias causais desta perturbação.

Genéticos e fisiológicos. Uma série de marcadores neurobiológicos (por exemplo, frequência cardíaca e condutância da pele baixas, reatividade ao cortisol basal reduzida, anomalias do córtex pré-frontal e da amígdala) tem sido associada a perturbação desafiante de oposição. No entanto, a grande maioria dos estudos não separa crianças com perturbação desafiante de oposição das crianças com perturbação do comportamento. Assim, não é claro se existem marcadores específicos para perturbação desafiante de oposição.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A prevalência da perturbação em crianças e adolescentes é relativamente consistente entre países que diferem entre si quanto à raça e etnia.

Consequências Funcionais da Perturbação Desafiante de Oposição

Quando a perturbação desafiante de oposição persiste ao longo do desenvolvimento, os indivíduos experienciam conflitos frequentes com os pais, professores, supervisores, pares

e parceiros românticos. Estes problemas frequentemente resultam num défice significativo na adaptação emocional, social, académica e ocupacional do indivíduo.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação do comportamento. A perturbação do comportamento e a perturbação desafiante de oposição relacionam-se ambas com problemas comportamentais que levam o indivíduo a conflitos com adultos e outras figuras de autoridade (por exemplo, professores, supervisores no trabalho). Os comportamentos da perturbação desafiante de oposição são tipicamente de menor gravidade do que os comportamentos da perturbação do comportamento e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de comportamento de furto ou fraude. Além disso, a perturbação desafiante de oposição inclui problemas de desregulação emocional (isto é, humor zangado ou irritado) que não são incluídos na definição da perturbação do comportamento.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Perturbação desafiante de oposição é com frequência uma comorbilidade da PHDA. Para fazer o diagnóstico adicional de perturbação desafiante de oposição, é importante determinar se o fracasso em corresponder aos pedidos de outros não ocorre apenas em situações que exigem um esforço e atenção sustentados ou requerem que os indivíduos permaneçam sentados e quietos.

Perturbações depressiva e bipolar. As perturbações depressivas e bipolares envolvem com frequência afetos negativos e irritabilidade. Como resultado, um diagnóstico de perturbação desafiante de oposição não deve ser feito se os sintomas ocorrerem exclusivamente no decurso da perturbação do humor.

Perturbação de desregulação do humor disruptivo. A perturbação desafiante de oposição partilha com a perturbação de desregulação do humor disruptivo os sintomas crónicos de humor negativo e os acessos de explosividade temperamentais. No entanto, a gravidade, frequência e cronicidade dos acessos de explosividade temperamental são mais graves em indivíduos com perturbação de desregulação do humor disruptivo do que nos indivíduos com perturbação desafiante de oposição. Assim, apenas uma minoria das crianças e adolescentes na qual os sintomas cumprem os critérios de perturbação desafiante de oposição será também diagnosticada com perturbação de desregulação do humor disruptivo. Quando a perturbação do humor é grave o suficiente para cumprir os critérios de perturbação de desregulação do humor disruptivo, o diagnóstico de perturbação desafiante de oposição não é feito, mesmo que todos os critérios desta perturbação sejam cumpridos.

Perturbação explosiva intermitente. A perturbação explosiva intermitente envolve também elevados níveis de raiva. No entanto, os indivíduos com esta perturbação mostram agressividade grave dirigida aos outros, o que não faz parte a definição da perturbação desafiante de oposição.

Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual). Nos indivíduos com incapacidade intelectual, o diagnóstico de perturbação desafiante de oposição só é feito se o comportamento de oposição for marcadamente maior do que é comummente observado em indivíduos de idade mental e gravidade da incapacidade intelectual comparáveis.

Perturbações da linguagem. A perturbação desafiante de oposição deve também ser distinguida da incapacidade de seguir instruções, resultante do comprometimento da compreensão da linguagem (por exemplo, défice auditivo).

Perturbação de ansiedade social (fobia social). A perturbação desafiante de oposição também deve ser distinguida de provocação, devido a medo de uma avaliação negativa na perturbação da ansiedade social.

Comorbilidades

As taxas de perturbação desafiante de oposição são mais elevadas em amostras de crianças, adolescente e adultos com PHDA, podendo isto ser resultado de um fator de risco temperamental partilhado. Adicionalmente, a perturbação desafiante de oposição com frequência precede a perturbação do comportamento, apesar de parecer mais comum em indivíduos com o subtipo com início na infância. Indivíduos com perturbação desafiante de oposição têm também maior risco de perturbações de ansiedade, perturbação depressiva major, o que parece dever-se em grande parte à presença de sintomas de humor zangado-irritado. Adolescentes e adultos com perturbação desafiante de oposição também mostram com maior frequência perturbação de uso de substâncias, apesar de ser pouco claro se esta associação é independente da comorbilidade com perturbação do comportamento.

Perturbação Explosiva Intermitente

Critérios de Diagnóstico 312.34 (F63.81)

A. Explosões comportamentais recorrentes representando um fracasso em controlar os impulsos de agressividade, como manifestado por qualquer dos seguintes:
   1. Agressão verbal (por exemplo, birras, diatribes, discussões verbais ou lutas) ou agressão física dirigida contra a propriedade, animais ou outros indivíduos, que ocorrem em média duas vezes por semana por um período de 3 meses. A agressão física não resulta em dano ou destruição de propriedade e não resulta em dano físico dos animais ou indivíduos.
   2. Três explosões comportamentais envolvendo dano ou destruição da propriedade e/ou agressão física envolvendo dano físico contra animais ou outros indivíduos que ocorrem no período de 12 meses.
B. A magnitude da agressividade expressa durante as explosões recorrentes é muito desporporcional em relação à provocação ou a qualquer fator de stress psicossocial precipitante.
C. As explosões de agressividade recorrentes não são premeditadas (isto é, são impulsivas e/ou baseadas em raiva) e não cometidas de modo a atingir objetivos tangíveis (por exemplo, dinheiro, poder, intimidação).
D. As explosões de agressividade recorrentes causam mal-estar marcado ao indivíduo ou défice no funcionamento ocupacional ou interpessoal ou estão associadas a consequências legais ou financeiras.
E. A idade cronológica do indivíduo é de pelo menos 6 anos (ou idade equivalente de desenvolvimento).
F. As explosões de agressividade recorrentes não são mais bem explicadas por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva major, perturbação bipolar, perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação psicótica, perturbação antissocial da personalidade, perturbação estado-limite da personalidade) e não são atribuíveis a outra condição médica (por exemplo, traumatismo cranioencefálico, doença de Alzheimer), ou aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, um medicamento). Para crianças de 6-18 anos,

o comportamento agressivo que ocorre no contexto de uma perturbação de ajustamento não deve ser considerado para este diagnóstico.

Nota. Este diagnóstico pode ser realizado com os diagnósticos de perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação do comportamento, perturbação desafiante de oposição ou perturbações do espectro do autismo, quando as explosões de agressividade recorrentes são excessivas em relação ao que é habitualmente observado nestas perturbações e exige atenção clínica independente.

Características de Diagnóstico

As explosões de agressividade impulsivas (ou baseadas em sentimentos de raiva) na perturbação explosiva intermitente têm um início rápido, com um período prodrómico curto ou inexistente. A explosões duram tipicamente menos de 30 minutos e ocorrem comummente em resposta a uma provocação menor de alguém íntimo do indivíduo ou associado. Indivíduos com perturbação explosiva intermitente têm com frequência episódios menos graves de agressão verbal e/ou física, não causadora de danos, prejuízo ou destruição (Critério A2). O Critério A1 define as explosões de agressividade como frequentes (isto é, em média 2 vezes por semana, por um período de 3 meses) caracterizadas por birras, diatribes, discussões verbais ou lutas, ou agressão sem destruição de objetos ou dano a animais ou outros indivíduos. O Critério A2 define as explosões de agressividade como pouco frequentes (isto é, 3 num período de 1 ano) caracterizadas pelo dano ou destruição de um objeto, independentemente do seu valor tangível, ou pela agressão/ataque ou outro que cause dano físico a um animal ou indivíduo. Independentemente da natureza das explosões impulsivas de comportamento agressivo, a característica nuclear da perturbação explosiva intermitente é a falha em controlar o comportamento agressivo impulsivo em resposta a uma provocação subjetivamente experienciada (isto é, fator de stress psicossocial) que tipicamente não resultaria numa explosão de agressividade (Critério B). As explosões de agressividade são em geral impulsivas e/ou baseadas num sentimento de raiva, em vez de premeditadas ou instrumentais (Critério C) e estão associadas a mal-estar marcado ou défice do funcionamento psicossocial (Critério D). O diagnóstico de perturbação explosiva intermitente não deve ser atribuído a indivíduos com menos de 6 anos ou idade equivalente de desenvolvimento mental (Critério E), ou a indivíduos em que as explosões de agressividade são mais bem explicadas por outra perturbação mental (Critério F). O diagnóstico de perturbação explosiva intermitente não deve ser atribuído a indivíduos com perturbação de desregulação do humor disruptivo ou a indivíduos cujas explosões de agressividade impulsivas são atribuídas a outra condição médica ou ao efeito fisiológico de uma substância (Critério F). Além disso, crianças com idades compreendidas entre 6 e 18 anos não devem receber este diagnóstico quando as explosões de agressividade impulsivas ocorrem no contexto de uma perturbação de ajustamento (Critério F).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As perturbações do humor (unipolar), perturbações de ansiedade e perturbações de uso de substâncias estão associadas a perturbação explosiva intermitente, apesar de o início destas perturbações acontecer tipicamente mais tarde do que o início da perturbação explosiva intermitente.

Prevalência

A prevalência anual de perturbação explosiva intermitente é de cerca de 2,7% (considerando uma definição restritiva). A perturbação explosiva intermitente é mais prevalente entre os indivíduos mais jovens (por exemplo, mais novos do que 35-40 anos), por comparação com indivíduos mais velhos (com mais de 50 anos), e em indivíduos com 12 ou menos anos de escolaridade.

Desenvolvimento e Curso

O início do comportamento agressivo recorrente, problemático e impulsivo é mais comum na infância tardia ou adolescência. Raramente ocorre pela primeira vez depois dos 40 anos. As características nucleares da perturbação explosiva intermitente são, tipicamente, persistentes e contínuas por muitos anos.

O curso da perturbação pode ser episódico, com períodos recorrentes de explosões de agressividade impulsivas. A perturbação explosiva intermitente parece seguir um curso crónico e persistente ao longo de muitos anos. Parece também ser muito comum independentemente da presença ou ausência de perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou de perturbações disruptivas, de controlo dos impulsos e de comportamento (por exemplo, perturbação do comportamento, perturbação desafiante de oposição).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Indivíduos com história de trauma físico ou emocional durante as duas primeiras décadas de vida têm risco aumentado de perturbação explosiva intermitente.

Genéticos e fisiológicos. Os familiares de primeiro grau de indivíduos com perturbação explosiva intermitente têm um risco aumentado para esta perturbação e estudos de gémeos demonstraram uma influência genética substancial para agressão impulsiva.

A investigação realizada fornece suporte neurobiológico para a presença de anomalias serotoninérgicas, de forma global e no cérebro, especificamente em áreas do sistema límbico (córtex cingulado anterior) e córtex orbitofrontal, em indivíduos com perturbação explosiva intermitente. Durante a execução de uma ressonância magnética funcional a resposta da amígdala a um estímulo de raiva, , é maior em indivíduos com perturbação explosiva intermitente comparativamente com indivíduos saudáveis.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A baixa prevalência de perturbação explosiva intermitente em algumas regiões (Ásia, Médio Oriente) ou países (Roménia, Nigéria), por comparação com os EUA, sugere que a informação acerca de comportamentos agressivos recorrentes, problemáticos e impulsivos não é inquirida, ou que é menos provável que estes estejam presentes devido a fatores culturais.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Nalguns estudos a prevalência de perturbação explosiva intermitente é maior nos indivíduos do sexo masculino do que nos do feminino (razão de possibilidade = 1,4-2,3); outros estudos não mostraram nenhuma diferença.

Consequências Funcionais da Perturbação Explosiva Intermitente

Devido à perturbação explosiva intermitente desenvolvem-se frequentemente problemas sociais (por exemplo, perda de amigos ou familiares, instabilidade conjugal), ocupacionais

(por exemplo, despromoção, perda de emprego), financeiros (por exemplo, devido a objetos de valor destruídos) e legais (por exemplo, ações civis como resultado de comportamento agressivo contra pessoas ou propriedade, queixas-crime por agressão).

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de perturbação explosiva intermitente não deve ser feito quando os Critérios A1 e A2 são apenas preenchidos durante um episódio de outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva major, perturbação bipolar, perturbação psicótica) ou quando as explosões de agressividade impulsivas são atribuídas a outra condição médica ou são o efeito fisiológico de uma substância/medicamento. Este diagnóstico também não deve ser feito quando as explosões de agressividade impulsivas ocorrem no contexto de perturbação de ajustamento, particularmente em crianças e adolescentes com idade entre os 6 e os 18 anos. Outros exemplos nos quais os acessos impulsivos de agressividade recorrentes e problemáticos podem ou não ser diagnosticados como perturbação explosiva intermitente são os que se apresentam de seguida.

Perturbação de desregulação do humor disruptivo. Por oposição à perturbação explosiva intermitente, a perturbação de desregulação do humor disruptivo é caracterizada por humor persistentemente negativo (por exemplo, irritação, raiva) a maior parte do dia, quase todos os dias, entre as explosões de agressividade impulsivas. O diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo só pode ser feito quando o início dos acessos impulsivos de agressividade recorrentes e problemáticos acontece antes dos 10 anos. Finalmente, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo não deve ser feito pela primeira vez depois dos 18 anos. Caso contrário, estes diagnósticos excluem-se mutuamente.

Perturbação antissocial ou estado-limite (*borderline*) da personalidade. Indivíduos com perturbação antissocial ou estado-limite (*borderline*) da personalidade apresentam com frequência explosões de agressividade impulsivas recorrentes e problemáticas. No entanto, o nível da agressão impulsiva nos indivíduos com estas perturbações é menor do que o dos indivíduos com perturbação explosiva intermitente.

***Delirium*, perturbação neurocognitiva major e mudança na personalidade devida a outra condição médica, tipo agressivo.** O diagnóstico de perturbação explosiva intermitente não deve ser feito quando se considera que as explosões de agressividade impulsivas resultam dos efeitos fisiológicos de outra condição médica diagnosticável (por exemplo, lesão cerebral associada a uma mudança de personalidade caracterizada por explosões agressivas; epilepsia complexa parcial). Anomalias inespecíficas no exame neurológico (por exemplo, «sinais ligeiros») e alterações eletrencefalográficas inespecíficas são compatíveis com o diagnóstico de perturbação explosiva intermitente a menos que exista uma condição médica diagnosticável que explique melhor as explosões de agressividade impulsivas.

Intoxicação ou abstinência de substância. O diagnóstico de perturbação explosiva intermitente não deve ser feito quando as explosões de agressividade impulsivas são quase sempre associadas a intoxicação ou abstinência de substâncias (por exemplo, álcool, fenciclidina, cocaína e outros estimulantes, barbitúricos, inalantes). No entanto, quando um número suficiente de explosões de agressividade impulsivas também ocorre na ausência de intoxicação ou abstinência de substâncias, e estas justificam atenção clínica independente, pode ser feito o diagnóstico de perturbação explosiva intermitente.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação do comportamento, perturbação desafiante de oposição ou perturbação do espectro do autismo. Indivíduos com qualquer uma destas perturbações com início na infância podem exibir explosões de agressividade impulsivas. Indivíduos com PHDA são tipicamente impulsivos e, como resultado, podem apresentar explosões de agressividade impulsivas. Enquanto os indivíduos com perturbação do comportamento podem exibir explosões de agressividade impulsivas, as formas de agressão caracterizadas pelos critérios de diagnóstico são proativas e predatórias. A agressão na perturbação desafiante de oposição é tipicamente caracterizada por birras e discussões verbais com figuras de autoridade, enquanto as explosões de agressividade impulsivas na perturbação explosiva intermitente surgem em resposta a uma gama mais ampla de provocações e incluem agressão física. O nível da agressão impulsiva em indivíduos com história de uma ou mais destas perturbações foi reportado com sendo menor do que em indivíduos cujos sintomas preenchem os critérios de diagnóstico de A a E da perturbação explosiva intermitente. Portanto, se os critérios A a E também forem preenchidos, e as explosões de agressividade impulsivas requererem atenção clínica independente, o diagnóstico de perturbação explosiva intermitente pode ser feito.

Comorbilidades

As perturbações depressivas, de ansiedade e de uso de substâncias são as comorbilidades mais frequentes da perturbação explosiva intermitente. Além disso, indivíduos com perturbação antissocial ou estado-limite (*borderline*) da personalidade e indivíduos com história de perturbações com comportamento disruptivo (por exemplo, PHDA, perturbação do comportamento, perturbação desafiante de oposição) apresentam maior risco de comorbilidade com perturbação explosiva intermitente.

Perturbação do Comportamento

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as principais normas sociais correspondentes à idade, que se manifesta pela presença, nos últimos 12 meses, de pelo menos 3 dos seguintes 15 critérios em qualquer das categorias apresentadas em baixo, com pelo menos 1 dos critérios presentes nos últimos 6 meses:

Agressão a Pessoas e Animais

1. Frequentemente insulta, ameaça ou intimida as outras pessoas.
2. Frequentemente inicia lutas físicas.
3. Usou uma arma que pode causar dano físico grave aos outros (por exemplo, bastão, tijolo, garrafa partida, faca, arma).
4. Foi fisicamente cruel para pessoas.
5. Foi fisicamente cruel para animais.
6. Roubou quando confrontou uma vítima (por exemplo, agressão, assalto por esticão, extorsão, assalto à mão armada).
7. Forçou alguém a ter atividade sexual.

Destruição de Propriedade

8. Iniciou deliberadamente um incêndio com intenção de causar dano grave.

9. Destruiu deliberadamente a propriedade de outrem (outras ações que não iniciar um incêndio).

Falsificação ou Roubo

10. Arrombou a casa, propriedade ou carro de outra pessoa.
11. Mente frequentemente para obter ganhos ou favores ou para evitar obrigações (por exemplo, «vigariza» os outros).
12. Furtou objetos de certo valor sem confrontar a vítima (por exemplo, furtos em lojas, mas sem arrombamento ou invasão; falsificação).

Violação Grave de Normas

13. Frequentemente permanece fora de casa à noite apesar da proibição dos pais, iniciando este comportamento antes dos 13 anos.
14. Fugiu de casa durante a noite, enquanto vivia com os pais ou em lugar análogo, pelo menos 2 vezes, ou só 1 vez mas por um longo período de tempo.
15. Falta frequentemente à escola, com início antes dos 13 anos.

B. A perturbação do comportamento causa um défice clinicamente significativo no funcionamento social, académico ou ocupacional.

C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, os critérios de perturbação antissocial da personalidade não são preenchidos.

Especificar se:

312.81 (F91.1) Tipo com início na infância. Os indivíduos apresentam pelo menos um sintoma característico de perturbação do comportamento antes dos 10 anos

312.82 (F91.2) Tipo com início na adolescência. Os indivíduos não apresentam sintomas característicos de perturbação do comportamento antes dos 10 anos.

312.89 (F91.0) Tipo com início não especificado. Os critérios para o diagnóstico de perturbação do comportamento são preenchidos, mas não existe informação disponível suficiente para determinar se o aparecimento do primeiro sintoma ocorreu antes ou depois dos 10 anos.

Especificar se:

Com emoções prossociais limitadas. Para ser aplicado este especificador, o indivíduo tem de ter apresentado pelo menos 2 das seguintes características, de modo persistente, num período de pelo menos 12 meses e em vários contextos relacionais e situacionais. Estas características refletem um padrão de funcionamento interpessoal e emocional característico do indivíduo durante este período e não ocorrências ocasionais limitadas a situações particulares. Assim, para avaliar os critérios para este especificador são necessárias várias fontes de informação. Além do relato do indivíduo, é necessário considerar relatos de outras pessoas que conheceram o indivíduo por um período de tempo prolongado (por exemplo, pais, professores, colegas de trabalho, membros da família alargada, grupo de pares).

Falta de remorso ou culpa. O indivíduo não se sente mal ou culpado por ter feito algo de errado (excluir os remorsos expressos quando o indivíduo foi apanhado e/ou enfrenta um castigo). O indivíduo mostra ausência generalizada de preocupação quanto às consequências negativas das suas ações. Por exemplo, o indivíduo não se mostra arrependido após magoar alguém ou não se preocupa com as consequências da transgressão das regras.

Indiferença – falta de empatia. Ignora e não se preocupa com os sentimentos dos outros. O indivíduo é descrito como frio e insensível. Parece estar mais preocupado com os efeitos da sua ação em si mesmo do que nos outros, mesmo que a sua ação resulte em mal significativo para as outras pessoas.

Despreocupação relativamente ao seu desempenho. Não demonstra preocupação acerca do desempenho pobre ou problemático que apresenta na escola, no trabalho ou noutras atividades importantes. O indivíduo não faz o esforço necessário para obter um bom desempenho, mesmo quando as expectativas são claras, culpando tipicamente os outros pelo seu mau desempenho.

Afeto superficial ou deficiente. Não expressa sentimentos ou demonstra emoções aos outros, exceto de forma superficial ou insincera (por exemplo, as ações contradizem as emoções demonstradas; consegue «ligar» e «desligar» as emoções de forma rápida) ou quando a expressão emocional é usada para obter ganhos (por exemplo, as emoções expressas têm o intuito de manipular ou intimidar as outras pessoas).

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Poucos ou nenhuns dos problemas de comportamento para além dos requeridos para fazer o diagnóstico estão presentes, e os problemas de comportamento só causaram pequenos prejuízos aos outros (por exemplo, mentir, faltar à escola, permanecer fora de casa à noite sem permissão, transgressão de outras regras).

Moderada. O número de problemas de comportamento e os efeitos sobre os outros situam-se entre «ligeiros» e «graves» (por exemplo, furto sem confrontação com a vítima, vandalismo).

Grave. Muitos problemas de comportamento para além dos requeridos para fazer o diagnóstico estão presentes ou os problemas de comportamento causam consideráveis prejuízos aos outros (por exemplo, atividade sexual forçada, crueldade física, uso de arma, roubo com confrontação da vítima, arrombamento).

Subtipos

São estabelecidos 3 subtipos de perturbação do comportamento com base na idade de início da perturbação. O início é estimado com mais acuidade tendo em conta as informações do jovem e do cuidador; as estimativas estão em geral atrasadas 2 anos relativamente ao início real. Ambos os subtipos podem ocorrer em formas ligeira, moderada ou grave. Designa-se um subtipo de início não especificado quando não existe informação suficiente para determinar a idade de início.

Na perturbação do comportamento com início na infância, os indivíduos são em geral do sexo masculino, com frequência exibem agressividade física dirigida aos outros, têm relações perturbadas com os pares, podem ter tido perturbação desafiante de oposição na primeira infância, apresentando por regra sintomas que preenchem totalmente os critérios para perturbação do comportamento antes da puberdade. Muitas crianças com este subtipo apresentam também perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) ou outras dificuldades do neuro-desenvolvimento. Indivíduos cuja perturbação teve início na infância têm maior probabilidade de desenvolver perturbação do comportamento persistente na idade adulta do que aqueles cujo início ocorreu na adolescência. Por comparação com os indivíduos com início da perturbação na infância, aqueles cujo início ocorreu na adolescência têm menor probabilidade de exibir comportamento agressivo e maior tendência a ter relacionamentos normativos com os seus pares (apesar de com frequência apresentarem problemas de comportamento na companhia de outras pessoas). Estes indivíduos têm menor probabilidade de que a perturbação do comportamento persista na idade adulta. A relação entre indivíduos do sexo masculino e indivíduos do sexo feminino com perturbação do comportamento é mais equilibrada para o tipo com início na adolescência do que para o tipo com início na infância.

Especificadores

Uma minoria dos indivíduos com esta perturbação do comportamento exibe características que a qualifica para o especificador «com emoções prossociais limitadas». Os indicadores deste especificador são aqueles que foram com frequência rotulados na investigação como traços de impiedade e ausência de emoções. Outras características da personalidade, tais como procura de excitação, destemor e insensibilidade para a punição, poderão distinguir os indivíduos descritos com este especificador. Os indivíduos com as características descritas neste especificador têm maior probabilidade de se envolver em agressões com o intuito de obter ganhos instrumentais do que outros com perturbação do comportamento. Indivíduos com perturbação do comportamento de qualquer subtipo ou com qualquer grau de gravidade podem ter características que os qualifiquem para o especificador «com emoções prossociais limitadas», apesar de os indivíduos com as características deste especificador terem maior probabilidade de ter perturbação do comportamento do tipo com início na infância e do tipo grave.

Apesar de a validade do relato do doente para verificar a presença deste especificador ser suportada por alguns contextos de pesquisa, indivíduos com este especificador poderão à partida não admitir estes traços numa entrevista clínica. Assim, para verificar os critérios para este especificador, várias fontes de informação são necessárias. Além disso, dado que os indicadores deste especificador são características que refletem um padrão típico de funcionamento emocional e interpessoal, é importante considerar relatos de outras pessoas que conheceram o indivíduo durante longos períodos de tempo, em contextos situacionais e relacionais variados (por exemplo, pais, professores, colegas de trabalho, membros da família alargada, pares).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação do comportamento é um padrão de comportamento repetitivo e intermitente no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as principais normas/regras sociais correspondentes à idade do indivíduo (Critério A). Estes comportamentos integram-se em 4 grupos principais: comportamento agressivo que ameaça ou causa danos físicos a outras pessoas ou a animais (Critérios A1-A8); comportamento não agressivo que causa prejuízo ou destruição de propriedade (Critérios A8-A9); falsificação ou roubo (Critérios A10-A12); violações graves das normas (Critérios A13-A15). Três ou mais comportamentos característicos devem ter surgido durante os últimos 12 meses e pelo menos 1 comportamento nos últimos 6 meses. A perturbação do comportamento causa um défice clinicamente significativo no funcionamento social, académico ou ocupacional (Critério B). O padrão de comportamento está em geral presente em várias situações, tais como casa, escola ou comunidade. Uma vez que os indivíduos com perturbação do comportamento têm tendência a minimizar os seus problemas de comportamento, o clínico deve contar com outros informadores. No entanto, o conhecimento do informador sobre os problemas comportamentais do indivíduo pode ser limitado por uma supervisão inadequada do indivíduo ou pela ocultação do comportamento por parte deste.

Os indivíduos com perturbação do comportamento muitas vezes iniciam comportamento agressivo e reagem agressivamente para com os outros. Podem apresentar um comportamento insultuoso, ameaçador ou intimidatório (incluindo insultos por mensagem através das redes sociais na internet); usam armas que podem causar graves danos físicos (por exemplo, pau, tijolo, garrafa partida, faca ou arma de fogo) (Critério A3); podem ser fisicamente cruéis

com as pessoas (Critério A4) ou animais (Critério A5); roubar confrontando a vítima (por exemplo, assalto, roubo por esticão, extorsão ou roubo à mão armada (Critério A6); ou forçar alguém a uma atividade sexual (Critério A7). A violência física pode tomar a forma de violação, assalto ou, em casos mais raros, homicídio. A destruição deliberada da propriedade dos outros pode incluir o ateamento deliberado de fogo com a intenção de causar prejuízos graves (Critério 8) ou deliberadamente destruir por outros meios a propriedade dos outros (por exemplo, partir as janelas dos carros ou atos de vandalismo na escola) (Critério A9). Os atos de fraude ou roubo podem incluir arrombamento de casas, propriedades ou carros dos outros (Critério 10); mente com frequência ou não cumpre as promessas com o objetivo de obter ganhos ou favores, ou para evitar pagar dívidas ou obrigações (por exemplo, «vigarizar» as outras pessoas) (Critério A11); ou roubar objetos de algum valor sem confrontação com a vítima (por exemplo, furtos em lojas, falsificações, fraudes). (Critério A12).

Com frequência, os indivíduos com perturbação do comportamento podem incorrer em violações graves das normas (por exemplo, escolares, familiares, laborais). Crianças com menos de 13 anos com perturbação do comportamento com frequência ficam fora de casa até tarde durante noite, apesar da proibição dos pais (Critério A13). As crianças podem ter também um padrão de fugas de casa durante a noite (Critério A14). Para que seja considerado um sintoma da perturbação do comportamento, a fuga deve ter ocorrido pelo menos 2 vezes (ou apenas 1 vez se o indivíduo esteve ausente durante um período de tempo prolongado). Os episódios de fuga que ocorrem como consequência direta de abuso físico ou sexual não devem ser tipicamente classificados neste critério. As crianças com perturbação do comportamento podem começar a faltar à escola de forma frequente antes dos 13 anos (Critério A15).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Especialmente em situações ambíguas, os indivíduos agressivos com perturbação do comportamento com frequência percebem incorretamente as intenções dos outros como mais hostis e ameaçadoras do que são na realidade e respondem com a agressividade que entendem ser razoável e justificável. A personalidade caracterizada por traços de emocionalidade negativa e autocontrolo pobre, incluindo baixa tolerância à frustração, irritabilidade, explosões temperamentais, desconfiança, insensibilidade a punições, procura de excitação e imprudência, está com frequência associada a perturbação do comportamento. O abuso de substâncias está com frequência associado, em particular em indivíduos do sexo feminino adolescentes. Ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado ocorrem numa proporção superior à esperada em indivíduos com perturbação do comportamento.

Prevalência

Estima-se que a prevalência por ano na população varie entre 2% e mais de 10%, com uma mediana de 4%. A prevalência da perturbação do comportamento parece ser consistente entre vários países que diferem entre si quanto à raça e etnia. A prevalência aumenta desde a infância até à adolescência e é maior entre indivíduos do sexo masculino do que entre os do feminino. Poucas crianças com perturbação do comportamento incapacitante recebem tratamento.

Desenvolvimento e Curso

O início da perturbação do comportamento pode ocorrer tão cedo quanto na idade pré-escolar, mas os primeiros sintomas significativos em geral emergem durante o período que se estende entre a segunda infância e o meio da adolescência. A perturbação desafiante de

oposição é um precursor comum da perturbação do comportamento do tipo com início na infância. A perturbação do comportamento pode ser diagnosticada em adultos, no entanto os seus sintomas emergem em geral na infância ou adolescência, sendo o seu início raro depois dos 16 anos. O curso da perturbação do comportamento é variável. Na maioria dos indivíduos, a perturbação remite na idade adulta. Muitos indivíduos com perturbação do comportamento – particularmente aqueles com perturbação do comportamento do tipo com início na adolescência e os que têm poucos sintomas ou sintomas mais ligeiros – alcançam um ajustamento social e ocupacional adequados. No entanto, um início mais precoce prediz um pior prognóstico e um aumento do risco de comportamento criminoso, perturbação do comportamento e perturbações relacionadas com substâncias na idade adulta. Indivíduos com perturbação do comportamento estão em risco de desenvolver perturbação do humor, perturbações de ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, perturbações do controlo dos impulsos, perturbações psicóticas, perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas com substâncias na idade adulta.

Os sintomas da perturbação variam com a idade, à medida que o indivíduo desenvolve a sua força física, aptidões cognitivas e maturidade sexual. Os sintomas comportamentais que surgem primeiro tendem a ser de menor gravidade (por exemplo, mentir, furtar em lojas), enquanto os problemas comportamentais que emergem depois tendem a ser mais graves (por exemplo, violação, roubo com confrontação da vítima). Existem, no entanto, diferenças notáveis entre indivíduos, alguns dos quais incorrem em comportamentos mais lesivos em idade muito jovem (que predizem um prognóstico pior). Quando indivíduos com perturbação do comportamento atingem a idade adulta exibindo, no local de trabalho e em casa, sintomas de agressão, destruição de propriedade, fraude e violação de normas (incluindo violência para com os colegas de trabalho, parceiros e crianças), pode ser considerada a perturbação antissocial da personalidade.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco temperamentais incluem temperamento de difícil controlo na infância e inteligência abaixo da média, particularmente no que toca ao QI verbal.

Ambientais. Fatores de risco ao nível familiar incluem negligência e rejeição pelos pais, práticas educacionais inconsistentes, disciplina rígida, abuso sexual ou físico, falta de supervisão, institucionalização precoce, frequente mudança de cuidadores, família de grande dimensão, criminalidade dos pais e certos tipos de psicopatologia familiar (por exemplo, perturbações relacionadas com substâncias). Os fatores de risco ao nível da comunidade incluem: rejeição pelos pares, associação com grupo de pares delinquentes, viver numa zona com problemas de violência. Ambos os tipos de fatores de risco tendem a ser mais frequentes e graves entre indivíduos com perturbação do comportamento do tipo com início na infância.

Genéticos e fisiológicos. A perturbação do comportamento é influenciada por fatores tanto genéticos como ambientais. O risco é maior em crianças em que um progenitor (biológico ou adotivo) ou um irmão tenha perturbação do comportamento. Esta perturbação também parece ser mais comum em crianças com pais biológicos com perturbação de uso de álcool grave, perturbações depressivas e bipolares ou esquizofrenia, ou pais biológicos que tiveram história de perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou perturbação do comportamento. Valores de frequência cardíaca em repouso mais baixas estão associadas, de forma confiável, a indivíduos com perturbação do comportamento por comparação com aqueles

sem esta perturbação, e este marcador não é característico de nenhuma outra perturbação mental. A redução do condicionamento autonómico em resposta ao medo, particularmente a baixa condutância da pele, também está bem documentada. No entanto, estes achados psicofisiológicos não são diagnósticos da perturbação. Diferenças funcionais e estruturais em zonas cerebrais associadas à regulação e processamento dos afetos, particularmente as ligações frontotemporais-límbicas envolvendo o córtex pré-frontal ventral e a amígdala, foram consistentemente observadas em indivíduos com perturbação do comportamento por comparação aos indivíduos sem esta perturbação. No entanto, os achados neuroimagiológicos não são diagnósticos da perturbação.

Modificadores do curso. A persistência é mais provável em indivíduos com comportamento que preencha critérios para o subtipo com início na infância e que reúnam os requisitos para o especificador «com emoções prossociais limitadas». O risco de a perturbação do comportamento persistir é aumentado também pela coocorrência de PHDA e de abuso de substâncias.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O diagnóstico de perturbação do comportamento pode por vezes ser feito erradamente a indivíduos a viver em contextos onde os padrões disruptivos de comportamento são vistos como quase normais (por exemplo, em zonas de grande ameaça e alta criminalidade, em zonas de guerra). Assim, o contexto no qual o comportamento indesejável acontece deve ser considerado.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Os indivíduos do sexo masculino com esta perturbação incorrem com frequência em lutas, roubos, vandalismo e problemas de disciplina escolar. Os do sexo feminino com esta perturbação tendem a incorrer em mentiras, absentismo escolar, fugas, uso de substâncias e prostituição. Enquanto os indivíduos do sexo masculino tendem a incorrer em agressões físicas e relacionais (comportamento que prejudica as relações sociais de outras pessoas), os do sexo feminino tendem a incorrer mais em agressões relacionais.

Consequências Funcionais da Perturbação do Comportamento

Os comportamentos da perturbação do comportamento podem levar a suspensão ou expulsão escolar, problemas de adaptação ao trabalho, problemas legais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes não planeadas e lesões físicas decorrentes de acidentes ou lutas. Estes problemas podem impedir o indivíduo de frequentar uma escola regular ou viver na casa dos progenitores ou família adotiva. A perturbação do comportamento está com frequência associada ao início precoce de comportamento sexual, consumo de álcool, tabaco e de substâncias ilegais, e atos imprudentes e de risco. A taxa de acidentes parece ser maior entre estes indivíduos por comparação com outros que não sofrem desta perturbação. Estas consequências podem predizer problemas de saúde na meia-idade. Não é incomum que indivíduos com esta perturbação tenham tido ou venham a ter contacto com o sistema judicial como resultado de comportamentos ilegais. A perturbação do comportamento é uma causa comum para referenciação para tratamento, e com frequência diagnosticada em instituições de saúde mental para crianças, nomeadamente no contexto da psiquiatria forense. Esta perturbação está associada a um défice mais grave e crónico do que o experienciado por outras crianças que frequentam estas instituições de saúde.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação desafiante de oposição. A perturbação do comportamento e a perturbação desafiante de oposição estão ambas associadas a sintomas que levam o indivíduo a entrar em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (por exemplo, pais, professores e supervisores no trabalho). Os comportamentos da perturbação desafiante de oposição são tipicamente de menor gravidade do que na perturbação do comportamento e não incluem agressão dirigida a outras pessoas ou animais, destruição de propriedade ou o padrão de roubo ou fraude. Além disso, a perturbação desafiante de oposição inclui problemas de desregulação emocional (por exemplo, humor zangado ou irritável) que não estão incluídos na definição de perturbação do comportamento. Quando os critérios de diagnóstico de ambas as perturbações são preenchidos, podem ser atribuídos ambos os diagnósticos.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Apesar de as crianças com PHDA apresentarem com frequência comportamento hiperativo e impulsivo que pode ser disruptivo, este comportamento não constitui por si só uma violação das normas da sociedade ou dos direitos dos outros, pelo que em geral não preenchem os critérios para perturbação do comportamento. Quando os critérios para PHDA e perturbação do comportamento são preenchidos, devem ser feitos ambos os diagnósticos.

Perturbações depressivas e bipolares. Irritabilidade, agressividade e problemas de comportamento podem ocorrer em crianças e adolescentes com perturbação depressiva major, perturbação bipolar ou perturbação de desregulação do humor disruptivo. Os problemas comportamentais associados a estas perturbações do humor podem ser em geral distinguidas do padrão de problemas comportamentais observados ao longo do curso da perturbação do comportamento. Especificamente, pessoas com perturbação do comportamento irão apresentar níveis substanciais de comportamento agressivo ou não agressivo durante períodos em que não se observam perturbações do humor, tanto historicamente (isto é, história de problemas comportamentais anteriores ao surgimento da perturbação do humor), como concomitantemente (isto é, a presença de alguns problemas comportamentais que são premeditados e não ocorrem durante os períodos de maior ativação emocional). Nos casos em que tanto os critérios para a perturbação do comportamento como para uma perturbação do humor forem preenchidos, devem fazer-se os dois diagnósticos.

Perturbação explosiva intermitente. Tanto a perturbação do comportamento como a perturbação explosiva intermitente envolvem elevados níveis de agressividade. No entanto, a agressividade em indivíduos com perturbação explosiva intermitente está limitada a agressão impulsiva e não premeditada e não é levada a cabo para atingir determinados objetivos tangíveis (por exemplo, dinheiro, poder, intimidação). Além disso, a definição de perturbação explosiva intermitente não inclui sintomas comportamentais não agressivos da perturbação do comportamento. Se os critérios para ambas as perturbações forem preenchidos, o diagnóstico de perturbação explosiva intermitente só deve ser feito quando as explosões impulsivas recorrentes de agressividade requerem atenção clínica independente.

Perturbações de ajustamento. O diagnóstico de perturbação de ajustamento (com alteração do comportamento ou com alteração mista de emoções e do comportamento) deverá ser considerado se os problemas comportamentais, clinicamente significativos, não preenchem os critérios de outra perturbação específica, se se desenvolvem em clara associação com o início de um fator de stress psicossocial e se não se resolvem dentro de 6 meses após o desaparecimento do

fator de stress (ou das suas consequências). A perturbação do comportamento é diagnosticada apenas quando os problemas comportamentais representam um padrão repetitivo e persistente que está associado a défice do funcionamento social, académico ou ocupacional.

Comorbilidades

A PHDA e a perturbação desafiante de oposição são ambas frequentes em indivíduos com perturbação do comportamento e a comorbilidade com estas perturbações prediz um pior prognóstico. Indivíduos que apresentam características de personalidade associadas à perturbação antissocial da personalidade violam com frequência os direitos básicos dos outros ou as normas sociais adequadas à sua idade, preenchendo com frequência, como resultado do seu padrão de comportamento, os critérios para perturbação do comportamento. A perturbação do comportamento também pode coocorrer com uma ou mais das seguintes perturbações mentais: perturbação específica da aprendizagem, perturbações de ansiedade, perturbações depressivas ou bipolares e perturbações relacionadas com substâncias. O desempenho académico, sobretudo no que toca às capacidades de leitura e outras capacidades verbais, está com frequência abaixo do nível esperado para a idade e inteligência, podendo justificar o diagnóstico adicional de perturbação de aprendizagem específica ou de perturbação da comunicação.

Perturbação Antissocial da Personalidade

Os critérios e o texto da perturbação antissocial da personalidade podem ser encontrados no capítulo «Perturbações da Personalidade». Dado que esta perturbação está intimamente ligada ao espectro das perturbações de «externalização» do comportamento deste capítulo, assim como ao capítulo das «Perturbações Aditivas e Relacionadas com Substâncias», ela é duplamente codificada aqui e no capítulo «Perturbações da Personalidade».

Piromania

Critérios de Diagnóstico 312.33 (F63.1)

A. Comportamento incendiário deliberado e propositado em mais do que uma ocasião.
B. Aumento da tensão ou ativação afetiva antes do ato.
C. Fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e pelo seu contexto situacional (por exemplo, parafernália, utilizações e consequências relacionadas com o fogo).
D. Prazer, gratificação ou alívio quando se desencadeiam incêndios ou quando se testemunha ou participa no seu rescaldo.
E. O incêndio não é ateado para obter ganho pecuniário, para expressar uma ideologia sociopolítica, para esconder atividade criminal, para expressar cólera ou vingança, para melhorar as circunstâncias de vida, para responder a ideias delirantes ou alucinações ou como comportamento decorrente de incapacidade do indivíduo para avaliar as consequências dos seus atos (por exemplo, perturbação neurocognitiva major, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual], intoxicação por substância).
F. O comportamento incendiário não é mais bem explicado por uma perturbação do comportamento, um episódio maníaco ou uma perturbação antissocial da personalidade.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da piromania é a presença de múltiplos episódios de comportamento incendiário deliberado e propositado (Critério A). Os indivíduos com esta perturbação experimentam tensão ou ativação afetiva antes de atear um fogo (Critério B). Existe fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e pelo o seu contexto situacional (isto é, parafernália, utilizações e consequências) (Critério C). Os indivíduos com esta patologia são com frequência «espectadores» regulares de incêndios nas vizinhanças, podem lançar falsos alarmes e tirar prazer das instituições, equipamentos e pessoal relacionados com o fogo. Estes indivíduos podem passar tempo no quartel, ateiam fogos para se ligarem ao corpo de bombeiros e podem mesmo tornar-se bombeiros. Os indivíduos com esta perturbação experimentam prazer intenso, gratificação ou alívio da tensão quando ateiam incêndios, testemunham os seus efeitos ou participam no seu rescaldo (Critério D). O fogo-posto não se destina a ganho pecuniário, a qualquer expressão ideológica sociopolítica, nem mascara qualquer atividade criminal, não tem como fim expressar cólera ou vingança, melhorar circunstâncias de vida, nem constitui resposta a ideias delirantes ou alucinações (Critério E). O fogo-posto não resulta de incapacidade do indivíduo para apreciar as consequências dos seus atos (por exemplo, perturbação neurocognitiva major, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual]). O diagnóstico não deve ser feito se o fogo-posto resultar de perturbação do comportamento, episódio maníaco ou perturbação antissocial da personalidade (Critério F).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com piromania podem fazer cuidadosas preparações com considerável antecedência antes de atear incêndios. Podem ser indiferentes às consequências em relação à vida e danos materiais causados, experimentando mesmo satisfação pela destruição de bens e propriedades. Estes comportamentos resultam em prejuízos materiais, consequências legais, danos ou perda da vida do próprio ou outros. Os indivíduos que ateiam fogos impulsivamente (que podem ou não ter piromania) têm com frequência história atual ou passada de perturbação de uso de álcool.

Prevalência

A prevalência de piromania na população é desconhecida. A prevalência ao longo da vida de comportamento incendiário, que é apenas uma componente da piromania e insuficiente por si só para fazer um diagnóstico, foi de 1,13% reportada numa amostra populacional, mas as comorbilidades mais comuns foram perturbação antissocial da personalidade, perturbação de uso de substâncias, perturbação bipolar e jogo patológico (perturbação de apostas patológicas). Contrariamente, a piromania como diagnóstico primário parece ser muito rara. Numa amostra de indivíduos que chegaram ao sistema criminal por fogo-posto repetido, apenas 3,3% apresentaram sintomas que preenchessem todos os critérios para piromania.

Desenvolvimento e Curso

Não existem informações suficientes para determinar uma idade típica de início da piromania. A relação entre atear fogos na infância e a piromania na idade adulta não foi documentada. Nos indivíduos com piromania, os incidentes de atear fogos são episódicos e a sua frequência pode aumentar e diminuir. O curso longitudinal é desconhecido. Apesar de o comportamento incendiário ser um problema importante nas crianças e adolescentes (mais

de 40% dos indivíduos detidos por crimes de fogo-posto nos EUA têm menos de 18 anos), a piromania na infância parece ser rara. O fogo-posto pela população juvenil está em geral associado a perturbação do comportamento, perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou a perturbação de ajustamento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A piromania é muito mais frequente no sexo masculino, em especial em indivíduos com défice de aptidões sociais e dificuldades de aprendizagem.

Diagnóstico Diferencial

Outras causas de comportamento incendiário intencional. É importante excluir outras causas do comportamento incendiário antes de fazer o diagnóstico de piromania. O fogo-posto intencional pode ocorrer por lucro, sabotagem ou retaliação; para encobrir um crime; como expressão política (por exemplo, um ato de terrorismo ou protesto); ou para atrair atenção ou reconhecimento (por exemplo, atear fogo com a finalidade de o descobrir, dar o alarme e ser louvado). Este comportamento pode também ocorrer como parte da exploração do ambiente na infância normal do desenvolvimento (brincar com fósforos, isqueiros ou fogo).

Outras perturbações mentais. O diagnóstico separado de piromania não deve ser feito se o ato ocorrer no contexto de uma perturbação do comportamento, episódio maníaco ou perturbação antissocial da personalidade ou se ocorrer em resposta a ideias delirantes ou alucinações (por exemplo, na esquizofrenia), ou se for atribuível a efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica (por exemplo, epilepsia). O diagnóstico de piromania deve ainda ser evitado quando o fogo-posto resulta de incapacidade do indivíduo para apreciar as consequências dos seus atos, como na perturbação neurocognitiva major, incapacidade intelectual [perturbação do desenvolvimento intelectual] ou intoxicação por substância.

Comorbilidades

Parece existir uma elevada comorbilidade da piromania com a perturbação relacionada com substâncias, jogo patológico, perturbações depressivas e bipolares e outras perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos ou perturbações do comportamento com piromania.

Cleptomania

Critérios de Diagnóstico 312.32 (F63.2)

A. Incapacidade recorrente em resistir a impulsos para furtar objetos que não são necessários para uso pessoal ou pelo seu valor material.
B. Sensação crescente de tensão imediatamente antes de cometer o furto.
C. Prazer, gratificação ou alívio no momento em que é cometido o furto.
D. O furto não é cometido como expressão de cólera ou vingança e não é consequência de ideias delirantes ou alucinações.
E. O furto não é mais bem explicado por uma perturbação do comportamento, episódio maníaco ou perturbação antissocial da personalidade.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da cleptomania é uma incapacidade recorrente para resistir a impulsos para furtar objetos que não são necessários para uso pessoal ou pelo seu valor material (Critério A). O indivíduo experimenta uma tensão subjetiva crescente antes do furto (Critério B) e sente prazer, gratificação ou alívio ao cometer o furto (Critério C). O furto não é cometido com a intenção de expressar cólera ou vingança, nem em obediência a ideias delirantes ou alucinações (Critério D); não é mais bem explicado por uma perturbação do comportamento, episódio maníaco ou perturbação antissocial da personalidade (Critério E). Os objetos são furtados apesar do pouco valor que possuem para o indivíduo, que até poderia comprá-los, e que com frequência os dá ou deita fora. Ocasionalmente, os objetos são acumulados ou subrepticiamente devolvidos. Apesar de os indivíduos com esta perturbação evitarem em geral furtar objetos quando a probabilidade de serem imediatamente presos é grande (por exemplo, na presença da polícia), por regra não planeiam estes atos nem ponderam todas as possibilidades de serem apanhados. O furto é praticado sem a colaboração ou assistência de outras pessoas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Tipicamente, os indivíduos com cleptomania, tentam resistir ao impulso de furtar e têm consciência de que o seu comportamento é errado e sem sentido. Com frequência receiam ser presos e sentem-se deprimidos ou culpados no que diz respeito aos roubos. As vias dos neurotransmissores associadas aos comportamentos aditivos, incluindo os sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos e opioides, parecem também ter um papel na cleptomania.

Prevalência

A cleptomania ocorre em cerca de 4%-24% dos indivíduos detidos por furtos em lojas. A prevalência na população geral é muito rara, aproximadamente 0,3%-0,6%. É mais comum nos indivíduos do sexo feminino em comparação com os do sexo masculino, numa razão de 3:1.

Desenvolvimento e Curso

A idade de início da cleptomania é variável, começando com frequência na adolescência. No entanto, a perturbação pode iniciar-se na infância, adolescência ou na idade adulta e, em casos raros, na velhice. Há pouca informação sobre o curso da cleptomania, estando no entanto descritos 3 tipos de curso: esporádico com episódios breves seguidos de longos períodos de remissão, episódico com prolongados períodos de furto alternando com períodos de remissão; crónico com algum grau de flutuação. A perturbação pode manter-se durante anos, apesar de múltiplas condenações devido aos furtos em lojas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Não há estudos controlados de famílias com história de cleptomania. No entanto, familiares em primeiro grau de indivíduos com esta perturbação apresentam taxas mais elevadas de perturbação obsessivo-compulsiva do que a população geral. Parecem também existir taxas mais elevadas de perturbações de uso de substâncias, como perturbação de uso de álcool, nos familiares de indivíduos com cleptomania do que na população geral.

Consequências Funcionais da Cleptomania

Esta perturbação pode ser causa de dificuldades legais, pessoais, familiares e profissionais.

Diagnóstico Diferencial

Furto vulgar. A cleptomania deve ser distinguida do vulgar furto em estabelecimentos comerciais. O furto comum (planeado ou impulsivo) é deliberado e motivado pela utilidade do objeto ou do seu valor material. Alguns indivíduos, particularmente adolescentes, podem furtar como desafio, rebelião ou como ritual de passagem. O diagnóstico de cleptomania não se faz a menos que outras características desta perturbação estejam presentes. A cleptomania é uma perturbação extremamente rara, enquanto o furto em lojas é relativamente comum.

Simulação. Em casos de simulação, o indivíduo pode apresentar-se com os sintomas de cleptomania para evitar consequências legais.

Perturbação antissocial da personalidade e perturbação do comportamento. A perturbação antissocial da personalidade e a perturbação do comportamento diferenciam-se da cleptomania por um padrão geral de comportamento antissocial.

Episódios maníacos, episódios psicóticos e perturbação neurocognitiva major. A cleptomania deve distinguir-se do furto intencional ou inadvertido que pode ocorrer durante um episódio maníaco ou na sequência de alucinações ou ideias delirantes (por exemplo, na esquizofrenia), ou como resultado de uma perturbação neurocognitiva major.

Comorbilidades

A cleptomania pode estar associada às compras compulsivas assim como às perturbações depressivas e bipolares (especialmente à perturbação depressiva major), perturbações de ansiedade, perturbações da alimentação (particularmente bulimia nervosa), perturbações da personalidade, perturbações de uso de substâncias (especialmente perturbação de uso de álcool) e outras perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento.

Perturbação Disruptiva, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento com Outra Especificação

312.89 (F91.8)

Esta categoria aplica-se às apresentações clínicas em que predominam os sintomas característicos de perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas não preenchem totalmente os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento. A categoria de perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação é usada em situações nas quais o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual os critérios de diagnóstico não são totalmente preenchidos para nenhuma das perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento. Isto é feito através do registo de «perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação» seguido pela razão específica (por exemplo, «explosões comportamentais recorrentes mas de frequência insuficiente»).

Perturbação Disruptiva, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento Não Especificada

312.9 (F91.9)

Esta categoria aplica-se às apresentações clínicas cujos sintomas característicos de perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento causam perturbação clinicamente significativa ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas não preenchem totalmente os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento. A categoria perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento não especificada é usada em situações em que o clínico escolhe não comunicar as razões específicas pelas quais os critérios de diagnóstico não são totalmente preenchidos para nenhuma das perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento. Estas situações incluem as apresentações clínicas nas quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência).

Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas

As perturbações relacionadas com substâncias englobam 10 classes de drogas separadas: álcool; cafeína; *Cannabis;* alucinogénios (com categorias separadas para a fenciclidina [ou arilciclo-hexilaminas de ação similar] e outros alucinogénios); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo-anfetaminas, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Estas 10 classes não são completamente distintas. Todas as substâncias que são tomadas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, que está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. Estas produzem uma ativação tão intensa do sistema de recompensa que as atividades normais podem ser negligenciadas. Ao invés de conseguirem a ativação do sistema de recompensa através de comportamentos adaptativos, as drogas de abuso ativam diretamente as vias da recompensa. Os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz a recompensa são diferentes, mas as drogas ativam tipicamente o sistema e produzem sensações de prazer, muitas vezes referidos como «pedrado». Para além disso, indivíduos com níveis mais baixos de autocontrolo, o que pode refletir défice dos mecanismos inibitórios cerebrais, podem estar particularmente predispostos para o desenvolvimento de perturbações de uso de substâncias, sugerindo que as raízes das perturbações de uso de substâncias para alguns indivíduos podem ser observadas em comportamentos muito anteriores ao início do próprio uso das substâncias.

Para além das perturbações relacionadas com substâncias, este capítulo inclui também o jogo patológico, refletindo a evidência de que os comportamentos de jogo patológico ativam sistemas de recompensa semelhantes aos ativados pelas drogas de abuso e produzem alguns sintomas comportamentais que aparentam ser comparáveis aos produzidos pelas perturbações de uso de substâncias. Outros padrões comportamentais excessivos, tais como jogos de Internet, também foram descritos, mas a investigação sobre estas e outras síndromes comportamentais é menos clara. Assim, os grupos de comportamentos repetitivos, que alguns denominam *adições* comportamentais, com subcategorias tais como «adição ao sexo», «adição ao exercício» ou «adição às compras», não estão incluídos porque neste momento a evidência da revisão por pares é insuficiente para estabelecer os critérios de diagnóstico e as descrições do curso necessários para identificar estes comportamentos como perturbações mentais.

As perturbações relacionadas com substâncias dividem-se em dois grupos: perturbações de uso de substâncias e perturbações induzidas por substâncias. As seguintes condições podem ser classificadas como induzidas por substâncias: intoxicação, abstinência e outras perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos (perturbações psicóticas, perturbações bipolares e perturbações relacionadas, perturbações depressivas, perturbações

TABELA 1. Diagnósticos associados com classes de substâncias.

	Perturbações psicóticas	Perturbações bipolares	Perturbações depressivas	Perturbações de ansiedade	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas	Perturbações do sono	Disfunções sexuais	*Delirium*	Perturbações neurocognitivas	Perturbações de uso de substâncias	Intoxicação por substâncias	Abstinência de substâncias
Álcool	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Alucinogénios												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Outros alucinogénios	I*	I	I	I				I		X	X	
Inalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Outras(ou desconhecidas)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

Nota. X = A categoria é reconhecida no DSM-5.
I = O especificador «com início durante a intoxicação» pode ser registado para a categoria.
A = O especificador «com início durante a abstinência» pode ser registado para a categoria.
I/A = Quer o especificador «com início durante a intoxicação» quer o «com início durante a abstinência» podem ser registados para a categoria.
P = A perturbação é persistente.
* Também perturbação da perceção persistente induzida por alucinogénios (*flashbacks*).
** Inclui substâncias tipo-anfetamina, cocaína e outros estimulantes ou estimulantes não especificados.

de ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas, perturbações do sono, disfunções sexuais, *delirium* e perturbações neurocognitivas).

Esta secção inicia-se com uma discussão geral do conjunto de critérios para uma perturbação de uso de substâncias, intoxicação e abstinência de substâncias, e outras perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos, sendo pelo menos algumas delas aplicáveis transversalmente às classes de substâncias. Refletindo alguns aspetos únicos das 10 classes de substâncias relevantes para este capítulo, o restante capítulo está organizado pela classe de substância e descreve os seus aspetos únicos. Para facilitar o diagnóstico diferencial, o texto e os critérios para as restantes perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos estão incluídos com as perturbações com as quais partilham fenomenologia (por exemplo, perturbação depressiva induzida por substâncias/medicamentos está no capítulo «Perturbações Depressivas»). As categorias de diagnóstico gerais associadas a cada grupo específico de substâncias são apresentadas na tabela 1.

Perturbações Relacionadas com Substâncias

Perturbações de Uso de Substâncias

Características

A característica essencial de uma perturbação de uso de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar a substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com a substância. Tal como apresentado na tabela 1, o diagnóstico de perturbação de uso de substâncias pode ser aplicado a todas as 10 classes incluídas neste capítulo com exceção da cafeína. Nalgumas classes, alguns sintomas são menos proeminentes e nalguns casos nem todos os sintomas se aplicam (por exemplo, os sintomas de abstinência não estão especificados para a perturbação de uso de fenciclidina, perturbação de uso de outros alucinogénios ou perturbação de uso de inalantes).

Uma característica importante das perturbações de uso de substâncias é a alteração subjacente nos circuitos cerebrais que podem persistir para além da desintoxicação, em particular em indivíduos com perturbações graves. Os efeitos comportamentais destas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas repetidas e no *craving* intenso para a droga quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados com a droga. Estes efeitos persistentes da droga podem beneficiar de abordagens a longo prazo do tratamento.

Em geral, o diagnóstico de uma perturbação de uso de substâncias baseia-se no padrão patológico de comportamentos relacionados com o uso da substância. Para ajudar na organização, os critérios do Critério A podem ser encarados de modo a encaixarem-se dentro dos agrupamentos gerais de critérios de *défice de controlo*, *disfunção social*, *uso de risco*, *critérios farmacológicos*. O défice de controlo sobre a utilização de substâncias é o primeiro agrupamento de critérios (Critérios 1-4). O indivíduo pode tomar a substância em quantidades

maiores ou por um período superior ao originalmente pretendido (Critério 1). O indivíduo pode manifestar um desejo persistente de reduzir ou regular a utilização da substância e relatar múltiplos esforços, sem êxito, para diminuir ou descontinuar a sua utilização (Critério 2). O indivíduo pode dispensar uma grande quantidade de tempo na obtenção e utilização da substância, ou a recuperar dos seus efeitos (Critério 3). Nalguns casos de perturbações de uso de substâncias mais graves, virtualmente todas as atividades quotidianas do indivíduo giram em volta da substância. O *craving* (Critério 4) manifesta-se por um desejo ou impulso intensos para a droga que pode ocorrer a qualquer altura, mas que é mais provável quando o indivíduo está num ambiente onde a droga foi previamente obtida ou usada. Foi também demonstrado que o *craving* envolve condicionamento clássico e que está associado à ativação de estruturas de recompensa específicas no cérebro. O *craving* é aferido perguntando se alguma vez existiu um momento em que o indivíduo teve impulsos tão fortes para tomar a droga que não conseguia pensar em mais nada. O *craving* atual é muitas vezes usado como uma medida de resposta ao tratamento porque pode ser um sinal de recaída iminente.

A disfunção social é o segundo agrupamento de critérios (Critérios 5-7). A utilização recorrente de substâncias pode resultar numa falência em cumprir obrigações funcionais importantes no trabalho, na escola ou em casa (Critério 5). O indivíduo pode manter a utilização de substâncias apesar da existência de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (Critério 6). Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes podem ser abandonadas ou reduzidas por causa da utilização da substância (Critério 7). O indivíduo pode afastar-se das atividades ou passatempos familiares por forma a utilizar a substância.

O uso de risco da substância é o terceiro agrupamento de critérios (Critérios 8-9). Este pode adotar a forma de utilização recorrente da substância em situações em que é fisicamente perigosa (Critério 8). O indivíduo pode manter o uso de substâncias apesar do conhecimento da existência de um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que foi provavelmente causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). A questão central na avaliação deste critério não é a existência do problema, mas antes a falência do indivíduo em se abster de utilizar a substância apesar da dificuldade que esta está a causar.

Os critérios farmacológicos são o último agrupamento (Critérios 10 e 11). A tolerância (Critério 10) é assinalada pela necessidade de uma dose vincadamente aumentada da substância para conseguir obter o efeito desejado ou por um efeito marcadamente reduzido quando é consumida a dose habitual. O grau de desenvolvimento de tolerância varia consideravelmente entre indivíduos diferentes, bem como entre as substâncias, e pode envolver uma variedade de efeitos no sistema nervoso central. Por exemplo, a tolerância para a depressão respiratória e a tolerância para a sedação e coordenação motora podem desenvolver-se a velocidades diferentes, dependendo da substância. A tolerância pode ser difícil de determinar apenas pela história, pelo que os exames laboratoriais podem ser úteis (por exemplo, níveis sanguíneos elevados da substância junto com fraca evidência de intoxicação sugere que a tolerância é provável). A tolerância também deve ser distinguida da variabilidade individual na sensibilidade inicial para os efeitos de substâncias específicas. Por exemplo, alguns consumidores de álcool demonstram, pela primeira vez que bebem, muito pouca evidência de intoxicação com três ou quatros bebidas, enquanto outros com peso e história de consumo semelhantes apresentam discurso arrastado e descoordenação.

A abstinência (Critério 11) é uma síndrome que ocorre quando as concentrações sanguíneas ou tecidulares de uma substância diminuem num indivíduo que manteve um uso elevado

e prolongado da substância. Após o desenvolvimento de sintomas de abstinência, o indivíduo irá provavelmente consumir a substância para aliviar os sintomas. Os sintomas de abstinência variam muito entre as classes de substâncias, sendo fornecidos conjuntos de critérios separados para abstinência para as classes de drogas. Sinais fisiológicos de abstinência marcados e facilmente mensuráveis são comuns para o álcool, opioides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência com estimulantes (anfetaminas e cocaína), bem como com tabaco e *Cannabis*, estão muitas vezes presentes mas podem ser menos aparentes. Não foi documentada abstinência significativa em humanos após utilização repetida de fenciclidina, outros alucinogénios e inalantes. Por este motivo, este critério não está incluído para estas substâncias. Nem a tolerância nem a abstinência são necessárias para efetuar o diagnóstico de perturbação de uso de substâncias. No entanto, para a maioria das classes de substâncias, uma história prévia de abstinência está associada com um curso clínico mais grave (isto é, um início mais precoce de perturbação de uso de substâncias, níveis mais elevados de consumo de substâncias e um maior número de problemas relacionados com substâncias).

Os sintomas de tolerância ou abstinência que ocorrem durante o tratamento médico adequado com prescrição de medicamentos (por exemplo, analgésicos opioides, sedativos, estimulantes) *não* são especificamente tidos em conta aquando do diagnóstico de perturbação de uso de substâncias. O aparecimento de tolerância e abstinência farmacológicas normais e expectáveis durante o curso do tratamento médico tem sido reconhecido por resultar num diagnóstico errado de «adição» mesmo quando estes são os únicos sintomas presentes. Indivíduos cujos únicos sintomas são os que ocorrem como resultado de tratamento médico (isto é, tolerância e abstinência como parte da prestação de cuidados médicos quando os medicamentos são tomados como prescritos) não devem receber o diagnóstico apenas com base nestes sintomas. Todavia, as prescrições de medicamentos podem ser usadas inapropriadamente e uma perturbação de uso de substâncias pode ser corretamente diagnosticada quando existem outros sintomas de comportamento compulsivo de procura da droga.

Gravidade e Especificadores

As perturbações de uso de substâncias ocorre num amplo leque de gravidade, desde ligeira a grave, tendo a gravidade por base o número de critérios de sintomas preenchido. Como estimativa geral de gravidade, a perturbação de uso de substâncias *ligeira* é sugerida pela presença de 2-3 sintomas, *moderada* por 4-5 sintomas e *grave* por 6 ou mais sintomas. A alteração da gravidade ao longo do tempo é também refletida pelas reduções ou aumentos na frequência e/ou dose do uso da substância, de acordo com a avaliação do relato do próprio indivíduo, relato de pessoas suas conhecidas, observações do clínico e testes biológicos. Os seguintes especificadores do curso e especificadores de características descritivas estão também disponíveis para as perturbações de uso de substâncias: «em remissão precoce», «em remissão mantida», «em terapia de manutenção» e «num ambiente controlado». As definições de cada um são fornecidas dentro dos respetivos conjuntos de critérios.

Procedimentos de Registo para Perturbações de Uso de Substâncias

O clínico deve usar o código que se aplica à classe de substâncias, mas deve igualmente registar o nome da *substância específica*. Por exemplo, o clínico deve registar 304.10 (F13.20) perturbação de uso de alprazolam moderada (ao invés de perturbação de uso de sedativos,

hipnóticos ou ansiolíticos moderada) ou 305.70 (F15.10), perturbação de uso de metanfetaminas ligeira (ao invés de perturbação de uso de estimulantes ligeira). Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, os esteroides anabolizantes), deve ser utilizado o código apropriado para «outra perturbação de uso de substâncias» e a substância específica deve ser igualmente indicada (por exemplo, 305.90 [F19.10] perturbação de uso de esteroide anabolizante ligeira). Se a substância tomada pelo indivíduo é desconhecida, o código para a classe «outra (ou desconhecida)» deve ser utilizado (por exemplo, 304.90 [F19.20] perturbação de uso de substância desconhecida grave). Se forem cumpridos os critérios para mais do que uma perturbação de uso de substâncias, todas devem ser diagnosticadas (por exemplo, 304.00 [F11.20] perturbação de uso de heroína grave; 304.20 [F14.20] perturbação de uso de cocaína moderada).

O código da ICD-10-CM apropriado para uma perturbação de uso de substâncias depende da existência de uma perturbação induzida por substâncias comórbida (incluindo intoxicação e abstinência). No exemplo acima, o código de diagnóstico para a perturbação de uso alprazolam moderada, F13.20, reflete a ausência de uma perturbação mental induzida por alprazolam comórbida. Pelo facto de os códigos da ICD-10-CM para perturbações induzidas por substâncias indicarem tanto a presença (ou ausência) quanto a gravidade da perturbação de uso de substâncias, os códigos da ICD-10-CM para perturbações de uso de substância só podem ser usados na ausência de uma perturbação induzida por substâncias. Consulte as secções individuais específicas para cada substância para obter informações de codificação adicionais.

Saliente-se que a palavra *adição* não é aplicada como um termo de diagnóstico nesta classificação, embora seja de uso comum em muitos países para descrever problemas graves relacionados com o uso compulsivo e habitual de substâncias. O termo mais neutro *perturbação de uso de substâncias* é usado para descrever a grande variedade da perturbação, de uma forma ligeira a um estado grave de consumo compulsivo e cronicamente recidivante de drogas. Alguns clínicos vão optar pelo uso da palavra *adição* para descrever apresentações mais extremas, mas a palavra é omitida da terminologia oficial das perturbações de uso de substâncias do DSM-5 por causa tanto da sua definição incerta como da sua conotação potencialmente negativa.

Perturbações Induzidas por Substâncias

A categoria geral de perturbações induzidas por substâncias inclui intoxicação, abstinência e outras perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos (por exemplo, perturbação psicótica induzida por substâncias, perturbação depressiva induzida por substâncias).

Intoxicação e Abstinência de Substâncias

Os critérios para intoxicação por substâncias estão incluídos nas secções específicas para cada substância deste capítulo. A característica essencial é o desenvolvimento de uma síndrome reversível específica para a substância devida à ingestão recente de uma substância (Critério A). As alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas associadas à intoxicação (por exemplo, beligerância, labilidade do humor, alterações do juízo crítico) são atribuíveis aos efeitos fisiológicos da substância sobre o sistema nervoso central

e desenvolvem-se durante ou pouco depois da utilização da substância (Critério B). Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D). A intoxicação por substância é frequente nos indivíduos com uma perturbação de uso de substâncias, mas ocorre também muitas vezes em indivíduos sem perturbação de uso de substâncias. Esta categoria *não* se aplica ao tabaco.

As alterações mais frequentes na intoxicação envolvem alterações da perceção, vigília, atenção, pensamento, juízo crítico, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal. As intoxicações a curto prazo ou «agudas» podem apresentar sinais e sintomas diferentes dos das intoxicações mantidas ou «crónicas». Por exemplo, doses moderadas de cocaína podem inicialmente produzir gregarismo, mas o isolamento social pode desenvolver-se se essas doses forem muitas vezes repetidas ao longo de dias ou semanas.

Quando utilizado no sentido fisiológico, o termo *intoxicação* é mais vasto do que a intoxicação por substâncias tal como aqui definida. Muitas substâncias podem produzir alterações fisiológicas ou psicológicas que não são necessariamente problemáticas. Por exemplo, um indivíduo com taquicardia provocada pelo uso de substâncias tem um efeito fisiológico, mas se este é o único sintoma na ausência de comportamento problemático, o diagnóstico de intoxicação não é aplicável. A intoxicação pode por vezes persistir para além do tempo em que a substância é detetável no corpo. Isto pode ser devido aos efeitos duradouros no sistema nervoso central, cuja recuperação é mais demorada do que o tempo para a eliminação da substância. Estes efeitos a longo prazo da intoxicação devem ser distinguidos da abstinência (isto é, sintomas iniciados por um declínio das concentrações sanguíneas ou tecidulares de uma substância).

Os critérios para abstinência de substâncias estão incluídos neste capítulo nas secções específicas para cada substância. A característica essencial é o desenvolvimento de alterações problemáticas do comportamento específicas para cada substância, com alterações fisiológicas e cognitivas concomitantes, devidos à cessação ou redução do uso pesado e prolongado de substâncias (Critério A). A síndrome específica da substância causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não são devidos a outra condição médica nem são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D). A abstinência está em geral, mas não sempre, associada a perturbação de uso de substâncias. A maioria dos indivíduos com abstinência tem um impulso para readministrar a substância de modo a reduzir os sintomas.

Via de Administração e Velocidade dos Efeitos da Substância

As vias de administração que produzem uma absorção mais rápida e eficiente para a corrente sanguínea (por exemplo, endovenosa, fumada, «snifadela») tendem a resultar numa intoxicação mais intensa e numa maior probabilidade de que um padrão de uso crescente da substância conduza à dependência. Da mesma forma, as substâncias de ação rápida apresentam maior propensão para produzirem intoxicação imediata quando comparadas com as substâncias de ação mais lenta.

Duração dos Efeitos

Dentro da mesma categoria de droga, as substâncias de ação relativamente curta tendem a ter um maior potencial para o desenvolvimento de abstinência do que as que apresentam maior duração de ação. Todavia, as substâncias de ação mais prolongada tendem a ter uma maior duração da abstinência. A semivida da substância tem aspetos que se equivalem com

os da abstinência: quanto maior a duração da ação, maior o tempo entre a cessação e o início dos sintomas de abstinência e maior a duração da abstinência. Em geral, quanto maior o período de abstinência aguda, menos intensa tende a ser a síndrome.

Uso de Múltiplas Substâncias

A intoxicação e abstinência de substâncias envolve frequentemente o uso simultâneo ou sequencial de várias substâncias. Nestes casos, todos os diagnósticos devem ser registados em separado.

Achados Laboratoriais Associados

As análises laboratoriais de amostras de sangue e urina podem ajudar a determinar o uso recente e as substâncias específicas envolvidas. No entanto, um resultado positivo de um teste laboratorial não indica por si só que o indivíduo tem um padrão de uso da substância que preenche os critérios para perturbação induzida por substância ou perturbação de uso de substância, tal como um resultado negativo num teste não descarta por si só o diagnóstico.

Os testes laboratoriais podem ser úteis na identificação da abstinência. Se o indivíduo apresenta abstinência de uma substância desconhecida, os testes laboratoriais podem ajudar a identificar a substância e podem também ser úteis para diferenciar a abstinência de outras perturbações mentais. Adicionalmente, o funcionamento normal na presença de níveis sanguíneos elevados de uma substância sugere uma tolerância considerável.

Desenvolvimento e Curso

Os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos têm taxas de prevalência relativamente elevadas para o uso de virtualmente todas as substâncias. A intoxicação é em regra a perturbação relacionada com a substância inicial, iniciando-se muitas vezes na adolescência. A abstinência pode ocorrer em qualquer idade desde que a droga relevante tenha sido tomada em doses suficientes e durante um período de tempo prolongado.

Procedimentos de Registo para a Intoxicação e Abstinência

O clínico deve usar o código que se aplica à classe das substâncias, mas deve registar igualmente o nome da *substância específica*. Por exemplo, o clínico deve registar 292.0 (F13.239) abstinência de secobarbital (ao invés de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) ou 292.89 (F15.129) intoxicação por metanfetamina (ao invés de intoxicação por estimulantes). Note-se que o código de diagnóstico da ICD-10-CM apropriado para intoxicação depende da existência de perturbação de uso de substância comórbida. Neste caso, o código F15.129 para metanfetamina indica a presença de uma perturbação de uso de metanfetamina ligeira comórbida. Se não tivesse havido perturbação de uso de metanfetamina comórbida, o diagnóstico teria sido F15.929. As regras de codificação da ICD-10-CM requerem que todos os códigos de abstinência impliquem uma perturbação de uso de substância moderada ou grave comórbida para essa substância. No caso acima, o código para abstinência de secobarbital (F13.239) indica a presença de perturbação de uso de secobarbital moderada a grave comórbida. Ver a nota de codificação para as síndromes de abstinência e intoxicação para substâncias específicas para as opções de codificação atuais.

Para as substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, esteroides anabolizantes), deve ser utilizado o código apropriado para «intoxicação por outra substância» e a substância específica deve ser indicada (por exemplo 292.89 [F19.929] intoxicação

por esteroide anabolizante). Se a substância tomada pelo indivíduo for desconhecida, deverá ser utilizado o código para a classe «outra (ou desconhecida)» (por exemplo, 292.89 [F19.929] intoxicação por substância desconhecida). Se existem sintomas ou problemas associados a uma substância em particular, mas os critérios não são preenchidos para qualquer uma das perturbações específicas para a substância, a categoria não especificada pode ser utilizada (por exemplo, 292.9 [F12.99] perturbação relacionada com *Cannabis* não especificada).

Como acima referido, os códigos relacionados com substâncias da ICD-10-CM combinam o aspeto de perturbação de uso de substâncias do quadro clínico e o aspeto induzido por substância num código combinado único. Assim, se estão presentes tanto a abstinência de heroína como a perturbação de uso de heroína moderada, é utilizado o código único F11.23 para abranger ambas as apresentações. Na ICD-9-CM, são dados códigos de diagnóstico separados (292.0 e 304.00) para indicar a abstinência e a perturbação de uso de heroína moderada, respetivamente. Para informação de codificação adicionais, ver as secções individuais para as substâncias específicas.

Perturbações Mentais Induzidas por Substâncias/Medicamentos

As perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos são potencialmente graves, habitualmente temporárias, mas por vezes podem desenvolver-se síndromes persistentes do sistema nervoso central (SNC) no contexto dos efeitos de substâncias de abuso, medicamentos ou várias toxinas. São distinguidas das perturbações de uso de substâncias, em que um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos contribuem para o uso continuado de uma substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com a substância. As perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos podem ser induzidas pelas 10 classes de substâncias que produzem as perturbações de uso de substância, ou por uma grande variedade de outros medicamentos usados no tratamento médico. Cada perturbação mental induzida por substância é descrita no capítulo relevante (por exemplo, «Perturbações Depressivas», «Perturbações Neurocognitivas»), pelo que aqui é efetuada apenas uma breve descrição. Todas as perturbações induzidas por substâncias/medicamentos partilham características comuns. É importante reconhecer estas características comuns para ajudar na deteção destas perturbações. Estas características são descritas da seguinte forma:

A. A perturbação representa uma apresentação sintomática clinicamente significativa de uma perturbação mental relevante.
B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de ambos os seguintes:
   1. A perturbação desenvolveu-se durante ou num período de 1 mês a partir da intoxicação ou abstinência de substância ou da exposição a medicamento; e
   2. A substância/medicamento envolvido é capaz de produzir a perturbação mental.
C. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação mental independente (isto é, uma que não seja induzida por substância ou medicamento). Esta evidência de perturbação mental independente pode incluir os seguintes:
   1. A perturbação precedeu o início da intoxicação ou abstinência grave ou a exposição ao medicamento; ou
   2. A perturbação mental completa persistiu durante um período de tempo substancial (por exemplo, pelo menos 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação

grave, ou da toma do medicamento. Este critério não se aplica às perturbações neurocognitivas induzidas por substâncias ou perturbação da perceção persistente induzida por alucinogénios, as quais persistem para além da cessação da intoxicação aguda ou da abstinência.

D. A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium*.
E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Características

Podem ser feitas algumas generalizações em relação às categorias de substâncias cápazes de produzir perturbações mentais induzidas por substâncias clinicamente significativas. Em geral, as drogas mais sedativas (sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, e álcool) podem produzir perturbações depressivas proeminentes e clinicamente significativas durante a intoxicação, enquanto os quadros ansiosos são suscetíveis de ser observados durante a abstinência destas substâncias. Da mesma forma, durante a intoxicação, as substâncias mais estimulantes (por exemplo, anfetaminas e cocaína) estão mais provavelmente associadas a perturbações psicóticas induzidas por substâncias e perturbações de ansiedade induzidas por substâncias, com episódios depressivos major induzidos por substâncias observados durante a abstinência. Ambas as drogas mais sedativas e mais estimulantes tendem a produzir perturbações do sono e sexuais significativas, embora temporárias. Um resumo da relação entre categorias específicas de substâncias e síndromes psiquiátricas específicas é apresentado na tabela 1.

As perturbações induzidas por medicamentos incluem o que são frequentemente reações idiossincráticas do SNC ou exemplos relativamente extremos de efeitos secundários de uma vasta gama de medicamentos utilizados para uma variedade de problemas médicos. Estas incluem complicações neurocognitivas de anestésicos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos e uma variedade de outros medicamentos e toxinas (por exemplo, organofosfatos, inseticidas, monóxido de carbono), tal como descrito no capítulo de perturbações neurocognitivas. As síndromes psicóticas podem ser experienciadas temporalmente no contexto de drogas anticolinérgicas, cardiovasculares e esteroides, tal como durante o uso de prescrições de tipo estimulante ou depressivo ou drogas de venda livre. Alterações do humor graves, mas temporárias, podem ser observadas com um vasto leque de medicamentos, incluindo esteroides, anti-hipertensivos, dissulfiram e qualquer prescrição claramente de tipo depressivo ou estimulante. Uma variedade semelhante de medicamentos pode estar associada a síndromes de ansiedade temporárias, disfunções sexuais e perturbações do sono.

Em geral, para ser considerada uma perturbação mental induzida por substâncias/medicamentos, deve existir evidência de que a perturbação observada não é suscetível de ser mais bem explicada por uma perturbação mental independente. Estas últimas têm maior probabilidade de ser observadas se a perturbação mental estava presente antes da intoxicação ou abstinência grave ou administração medicamentosa, ou, com exceção de várias perturbações persistentes induzidas por substâncias enumeradas na tabela 1, continuaram mais de 1 mês após o fim da abstinência aguda, intoxicação grave ou utilização de medicamentos. Quando os sintomas apenas são observados durante um *delirium* (por exemplo, *delirium* de abstinência pelo álcool), a perturbação mental deve ser diagnosticada como um *delirium* e a síndrome psiquiátrica que ocorre durante o *delirium* não deve ser também diagnosticada separadamente, porque muitos sintomas (incluindo alterações do humor, ansiedade e teste da

realidade) são com frequência observados durante estados agitados e de confusão. As características associadas com cada perturbação mental major relevante são semelhantes, quer sejam observadas com perturbações mentais independentes quer com perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos. Todavia, os indivíduos com perturbação mental induzida por substâncias/medicamentos são suscetíveis de apresentar também as características associadas observadas nas categorias específicas de substâncias ou medicamentos, conforme enumerado nas outras subsecções deste capítulo.

Desenvolvimento e Curso

As perturbações mentais induzidas por substâncias desenvolvem-se no contexto de intoxicação ou abstinência de substâncias de abuso e as perturbações mentais induzidas por medicação são observadas com medicamentos prescritos ou de venda livre que são consumidos nas doses sugeridas. Ambas as condições são em regra temporárias e tendem a desaparecer dentro do período de cerca de 1 mês após a cessação de abstinência aguda, intoxicação grave ou utilização de medicamentos. Exceções a essas generalizações ocorrem para certas perturbações induzidas por substâncias de longa duração: perturbações neurocognitivas associadas a substâncias relacionadas com condições tais como perturbação neurocognitiva induzida pelo álcool, perturbação neurocognitiva induzida por inalantes, perturbação neurocognitiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, e perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios (*flashback*; ver a secção «Perturbações Relacionadas com Alucinogénios» mais adiante neste capítulo). No entanto, a maioria das outras perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos, independentemente da gravidade dos sintomas, têm probabilidade de melhorar relativamente depressa com a abstinência e pouca probabilidade de permanecerem clinicamente relevantes por mais de 1 mês depois da cessação completa do uso.

Tal como é o caso de muitas consequências do uso pesado de substâncias, alguns indivíduos apresentam maior ou menor propensão para perturbações induzidas por substâncias específicas. Tipos de predisposições semelhantes podem tornar alguns indivíduos mais propensos a desenvolverem efeitos secundários psiquiátricos de alguns tipos de medicamentos, mas não de outros. Todavia, não está claro se os indivíduos com história familiar ou história pessoal prévia de síndromes psiquiátricas independentes estão mais propensos a desenvolver a síndrome induzida uma vez que a ponderação é feita quanto à possibilidade de a quantidade e frequência da substância serem suficientes para levar ao desenvolvimento de uma síndrome induzida pela substância.

Há indícios de que a toma de substâncias de abuso ou de alguns medicamentos com efeitos secundários psiquiátricos em contexto de perturbação mental preexistente apresenta maior propensão para a intensificação de uma síndrome independente preexistente. O risco para perturbações induzidas por substâncias/medicamentos aumenta provavelmente com a quantidade e a frequência do consumo da substância relevante.

Os perfis de sintomas para as perturbações induzidas por substâncias/medicamentos assemelham-se aos das perturbações mentais independentes. Enquanto os sintomas das perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos podem ser idênticos aos das perturbações mentais independentes (por exemplo, delírios, alucinações, psicoses, episódios depressivos major, síndromes ansiosas), e apesar de poderem ter as mesmas consequências graves (por exemplo, suicídio), a maioria das perturbações mentais induzidas são suscetíveis de melhorar num prazo de dias a semanas de abstinência.

As perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos são uma parte importante do diagnóstico diferencial de condições psiquiátricas independentes. A importância do reconhecimento das perturbações mentais induzidas é semelhante à relevância em identificar o possível papel de algumas condições médicas e reações a medicamentos antes de diagnosticar uma perturbação mental independente. Os sintomas de uma perturbação mental induzida por substâncias e medicamentos podem ser transversalmente idênticos aos das perturbações mentais independentes, mas têm tratamentos e prognósticos diferentes das condições independentes.

Consequências Funcionais das Perturbações Mentais Induzidas por Substâncias/Medicamentos

As mesmas consequências que estão relacionadas com as perturbações mentais independentes relevantes (por exemplo, tentativas de suicídio) são suscetíveis de serem aplicadas às perturbações induzidas por substâncias/medicamentos, mas estas desaparecem provavelmente num período de 1 mês após o início da abstinência. De forma semelhante, as consequências funcionais associadas à perturbação de uso de substância relevante serão provavelmente observadas nas perturbações mentais induzidas por substâncias.

Procedimentos de Registo para as Perturbações Mentais Induzidas por Substâncias/Medicamentos

As notas de codificação e procedimentos de registo separados para os códigos da ICD-9-CM e da ICD-10-CM para outras perturbações mentais específicas induzidas por substâncias/medicamentos são apresentadas noutros capítulos do manual com as perturbações com que partilham fenomenologia (ver perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos nestes capítulos: «Perturbações do Espetro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas», «Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas», «Perturbações Depressivas», «Perturbações de Ansiedade», «Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas», «Perturbações do Sono-Vigília», «Disfunções Sexuais» e «Perturbações Neurocognitivas»). Em geral, para a ICD-9-CM, se uma perturbação mental é induzida por uma perturbação de uso de substâncias, um código de diagnóstico separado é dado para a perturbação de uso de substância específica, além do código para a perturbação mental induzida por substâncias/medicamentos. Para a ICD-10-CM, um código único combina a perturbação induzida por substância com a perturbação de uso de substância. Um diagnóstico separado para a perturbação de uso de substância comórbida não é dado (quando presente), apesar de o nome e gravidade da perturbação de uso de substância específica ser utilizada para registar a perturbação mental induzida por substâncias/medicamentos. Os códigos da ICD-10-CM também são fornecidos em situações em que a perturbação induzida por substâncias/medicamentos não é induzida por uma perturbação de uso de substância (por exemplo, quando uma perturbação é induzida por uma utilização única de uma substância ou medicamento). A informação adicional necessária para registar o nome do diagnóstico da perturbação mental induzida por substâncias/medicamentos é fornecida na secção «Procedimentos de Registo» presente no capítulo respetivo de cada perturbação mental induzida por substâncias/medicamentos.

Perturbações Relacionadas com Álcool

Perturbação de Uso de Álcool
Intoxicação pelo Álcool
Abstinência de Álcool
Outras Perturbações Induzidas pelo Álcool
Perturbação Relacionada com o Álcool Não Especificada

Perturbação de Uso de Álcool

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de álcool que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos, manifestado por pelo menos por 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. O álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de álcool.
   3. É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool.
   5. Uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool.
   7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de álcool.
   8. Uso de álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso.
   9. O uso de álcool é continuado apesar de saber ter um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
      a. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade álcool.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
      a. Uma síndrome de abstinência característica do álcool (consulte os Critérios A e B do conjunto de critério para abstinência de álcool, pp. 589-590),
      b. O álcool (ou outra substância intimamente relacionada, tal como uma benzodiazepina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de álcool, nenhum critério para perturbação de uso de álcool foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas menor do que 12 meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de álcool, nenhum critério para perturbação de uso de álcool foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo está num ambiente onde o acesso ao álcool é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação pelo álcool, abstinência de álcool ou outra perturbação mental induzida pelo álcool está presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de álcool. Em vez deles, a perturbação de uso de álcool comórbida é indicada pelo 4.° dígito do código da perturbação induzida pelo álcool (ver a nota de codificação para a intoxicação pelo álcool, abstinência de álcool ou para uma perturbação mental específica induzida pelo álcool). Por exemplo, se existe intoxicação pelo álcool ou perturbação de uso de álcool comórbida, apenas é atribuído o código para intoxicação pelo álcool, com o 4.° dígito a indicar se a perturbação de uso de álcool comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F10.129** para perturbação de uso de álcool ligeira com intoxicação pelo álcool ou **F10.229** para uma perturbação de uso de álcool moderada ou grave com intoxicação pelo álcool.

Especificar gravidade atual:

305.00 (F10.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

303.90 (F10.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

303.90 (F10.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo está quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

A gravidade da perturbação baseia-se no número de critérios de diagnóstico presentes. Para um dado indivíduo, as alterações da gravidade ao longo do tempo da perturbação de uso de álcool refletem-se também pela redução na frequência (por exemplo, dias de uso por mês) e/ou dose (por exemplo, número de bebidas *standard* consumidas por dia) de álcool usada, avaliada pelo autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas suas conhecidas, observações clínicas e, quando exequível, testes biológicos (por exemplo, elevações nos testes sanguíneos tal como é descrito na secção «Marcadores de Diagnóstico» para esta perturbação).

Características de Diagnóstico

A perturbação de uso de álcool é definida por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos que podem incluir abstinência, tolerância e *craving*. A abstinência de álcool é caracterizada por sintomas de abstinência que se desenvolvem aproximadamente 4-12 horas após a redução do consumo depois de um consumo pesado e prolongado de álcool. Uma vez que a abstinência de álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos podem continuar o consumo de álcool apesar das consequências adversas, frequentemente para evitarem ou aliviarem os sintomas de abstinência. Alguns sintomas de abstinência (por exemplo, problemas de sono) podem persistir com menor intensidade durante meses e contribuir para a recaída.

A partir do momento em que se desenvolve um padrão de utilização repetitivo e intenso, os indivíduos com perturbação de uso de álcool podem dedicar períodos substanciais de tempo a obter e a consumir bebidas alcoólicas.

O *craving* para o álcool revela-se através de um forte desejo para beber que torna difícil pensar em qualquer outra coisa, resultando, muitas vezes, no início do consumo. O desempenho escolar e laboral pode também sofrer os efeitos pós-consumo ou da intoxicação atual quando este ocorre no trabalho ou na escola; os cuidados das crianças ou as responsabilidades domésticas podem ser negligenciados; e pode também ocorrer absentismo escolar ou laboral relacionado com o álcool. O indivíduo pode consumir álcool em situações fisicamente perigosas (por exemplo, conduzir um automóvel, nadar, trabalhar com máquinas enquanto intoxicado). Por fim, os indivíduos com perturbação de uso do álcool podem manter o consumo de álcool apesar de ter conhecimento de que o consumo continuado coloca problemas físicos (por exemplo, *blackouts*, doença hepática), psicológicos (por exemplo, depressão), sociais ou interpessoais (por exemplo, discussões violentas com o cônjuge durante a intoxicação, abuso infantil).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de uso de álcool está muitas vezes associada a problemas semelhantes aos que estão associados a outras substâncias (por exemplo, *Cannabis*, cocaína, heroína, anfetaminas, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos). O álcool pode ser usado para aliviar os efeitos indesejados destas substâncias ou como seu substituto quando estas não se encontram disponíveis. Sintomas de problemas do comportamento, depressão, ansiedade e insónia acompanham com frequência, e por vezes precedem, o consumo pesado de bebidas alcoólicas.

A ingestão repetida de doses elevadas de álcool pode afetar quase todos os sistemas de órgãos, especialmente o trato gastrintestinal, sistema cardiovascular e sistemas nervosos central e periférico. Os efeitos gastrintestinais incluem gastrite, úlceras gástricas ou duodenais e, em cerca de 15% dos indivíduos com consumos pesados, cirrose hepática e/ou pancreatite. Existe também uma taxa aumentada de cancro do esófago, estômago e de outras partes do trato gastrintestinal. Um dos estados físicos gerais mais frequentemente associados é a hipertensão ligeira. A cardiomiopatia e outras miopatias são menos comuns, mas ocorrem com uma taxa aumentada nos indivíduos com consumos muito pesados. Estes fatores, juntamente com o aumento acentuado nos níveis de triglicerídeos e colesterol LDL, contribuem para um risco elevado da doença cardíaca. A neuropatia periférica pode ser evidenciada por fraqueza muscular, parestesias e diminuição da sensibilidade periférica. Os efeitos mais persistentes do SNC incluem défices cognitivos, défices graves de memória e alterações degenerativas no cerebelo. Estes efeitos estão relacionados com os efeitos diretos do álcool ou de trauma, e por deficiências vitamínicas (particularmente das vitaminas do complexo B, incluindo a tiamina). Um dos efeitos mais devastadores a nível do sistema nervoso central é a relativamente rara perturbação amnésica persistente induzida pelo álcool ou síndrome de Wernicke-Korsakoff, na qual a capacidade para codificar novas memórias está gravemente prejudicada. Agora esta condição passará a ser descrita no capítulo «Perturbações Neurocognitivas» e será denominada *perturbação neurocognitiva induzida por substância/medicamento.*

A perturbação de uso de álcool é um contribuidor importante para o risco de suicídio durante a intoxicação grave e no contexto de uma perturbação depressiva e bipolar temporária induzida pelo álcool. Existe uma taxa aumentada de comportamento suicida, bem como de suicídio consumado entre os indivíduos com a perturbação.

Prevalência

A perturbação de uso de álcool é uma perturbação comum. Nos EUA, estima-se que a taxa de prevalência a 12 meses da perturbação de uso de álcool é de 4,6% entre os indivíduos dos 12 aos 17 anos e de 8,5% nos adultos com 18 ou mais anos. As taxas da perturbação são mais elevadas em homens adultos (12,4%) do que em mulheres adultas (4,9%). A prevalência a 12 meses de perturbação de uso de álcool nos adultos diminui na meia-idade, sendo mais elevada nos indivíduos entre 18 e 29 anos (16,2%) e menos elevada nos indivíduos com 65 ou mais anos (1,5%).

A prevalência a 12 meses varia marcadamente ao longo de todos os subgrupos de raça/ /étnicos da população dos EUA. Para os indivíduos com 12-17 anos, as taxas são mais elevadas nos hispânicos (6,0%) e americanos nativos e nativos do Alasca (5,7%) do que nos brancos (5,0%), afro-americanos (1,8%), asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (1,6%). Em contraste, entre adultos, a prevalência a 12 meses de perturbação de uso de álcool é claramente superior nos americanos nativos e nativos do Alasca (12,1%) do que nos brancos (8,9%), hispânicos (7,9%), afro-americanos (6,9%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (4,5%).

Desenvolvimento e Curso

É provável que o primeiro episódio de intoxicação pelo álcool ocorra a meio da adolescência. Os problemas relacionados com o álcool que não preenchem os critérios completos para uma perturbação de uso ou problemas isolados podem ocorrer antes dos 20 anos, mas a idade de início da perturbação de uso de álcool com 2 ou mais critérios agrupados atinge o pico no final da adolescência ou no início a metade da terceira década de vida. A grande maioria dos indivíduos que desenvolvem perturbações relacionadas com álcool fá-lo até ao final da quarta década de vida. Não é provável que a primeira evidência de abstinência apareça antes de que muitos outros aspetos da perturbação de uso de álcool se tenham desenvolvido. O início mais precoce de perturbação de uso de álcool é observado em adolescentes com problemas do comportamento preexistentes e nos que apresentam início precoce de intoxicação.

A perturbação de uso de álcool tem um curso variável que é caracterizada por períodos de remissão e recidiva. É provável que a decisão de parar de beber, muitas vezes tomada na sequência de uma crise, seja seguida de várias semanas ou mais de abstinência, a que muitas vezes se sucedem períodos limitados de ingestão de álcool controlada e não problemática. Contudo, uma vez retomada a ingestão de álcool, é muito provável que o consumo sofra uma escalada rápida e que, uma vez mais, se desenvolvam problemas graves.

A perturbação de uso de álcool é com frequência interpretada erroneamente como uma condição intratável, talvez com base no facto de que os indivíduos que se apresentam para tratamento têm muitas vezes uma história de muitos anos de problemas graves relacionados com o álcool. Todavia, estes casos mais graves representam apenas uma pequena proporção de indivíduos com esta perturbação e o indivíduo típico com a perturbação tem um prognóstico muito mais promissor.

Entre os adolescentes, a perturbação do comportamento e o comportamento antissocial repetido coexistem muitas vezes com a perturbação de uso de álcool e de outras substâncias. Enquanto a maioria dos indivíduos com perturbação de uso de álcool desenvolve a condição antes dos 40 anos, 10% têm possivelmente um início mais tardio. Nos indivíduos mais idosos, as alterações físicas relacionadas com a idade resultam num aumento da suscetibilidade cerebral aos efeitos depressivos do álcool; numa diminuição das taxas de metabolismo

hepático de várias substâncias, incluindo o álcool; e na diminuição da percentagem de água corporal. Estas alterações podem levar a que os idosos desenvolvam intoxicações mais graves e problemas subsequentes com níveis mais baixos de consumo. Nos idosos, os problemas relacionados com o álcool têm também grande probabilidade de estarem associados a outras complicações médicas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Os fatores de risco ambientais e de prognóstico podem incluir atitudes culturais para com o consumo de álcool e intoxicação, a disponibilidade de álcool (incluindo o preço), experiências pessoais adquiridas com o álcool e níveis de stress. Potenciais mediadores adicionais de como se desenvolvem os problemas com o álcool em indivíduos predispostos incluem a utilização mais pesada pelos pares, expetativas positivas exageradas dos efeitos do álcool e formas subótimas de lidar com o stress.

Genéticos e fisiológicos. A perturbação de uso de álcool ocorre em famílias, sendo 40%-60% da variância de risco explicada por influências genéticas. A taxa desta condição é 3 a 4 vezes superior em parentes próximos de indivíduos com perturbação de uso de álcool, com valores mais elevados para indivíduos com um maior número de parentes afetados, relações genéticas mais próximas com a pessoa afetada e maior gravidade dos problemas relacionados com álcool nesses parentes. Existe uma taxa significativamente mais elevada de perturbações de uso de álcool num gémeo monozigótico do que num gémeo dizigótico de um indivíduo com essa condição. Em filhos de indivíduos com perturbação de uso de álcool, observou-se um aumento do risco de 3 a 4 vezes mesmo quando estes eram adotados à nascença e criados por pais adotivos que não tinham esta perturbação.

Avanços recentes na nossa compreensão dos genes que operam através de características intermédias (ou fenótipos) para afetar o risco de perturbação de uso de álcool podem ajudar a identificar os indivíduos que podem ter um risco particularmente baixo ou alto de perturbação de uso de álcool. Entre os fenótipos de baixo risco está o rubor cutâneo relacionado com o álcool (observado proeminentemente nos asiáticos). Uma alta vulnerabilidade está associada a esquizofrenia ou a perturbação bipolar preexistente, tal como a impulsividade (que produz um aumento das taxas de todas as perturbações de uso de substâncias e de jogo patológico). A baixos níveis de resposta (baixa sensibilidade) ao álcool está, também, associado um elevado risco, especificamente para perturbação de uso de álcool. Um dado número de variações de genes pode contribuir para a baixa resposta ao álcool ou modular os sistemas de recompensa dopaminérgicos. É importante salientar, todavia, que qualquer variação de um gene único é susceptível de explicar apenas 1%-2% do risco para estas perturbações.

Modificadores do curso. Em geral, níveis elevados de impulsividade estão associados a uma perturbação de uso de álcool mais precoce e mais grave.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Na maioria das culturas, o álcool é a substância mais frequentemente utilizada para a intoxicação e contribui para morbilidade e mortalidade consideráveis. Uma percentagem estimada de 3,8% de todas as mortes a nível global e 4,6% da esperança de vida corrigida pela incapacidade a nível global são atribuíveis ao álcool. Nos EUA, 80% dos adultos (com 18 ou mais anos) já consumiram álcool em alguma altura das suas vidas, e 65% são atualmente bebedores (últimos 12 meses). Um valor estimado de 3,6% da população mundial (15 a 64

anos) tem uma perturbação de uso de álcool atual (últimos 12 meses), com uma menor prevalência (1,1%), encontrada na região africana, uma maior taxa (5,2%) encontrada na região americana (Norte, Sul, Central e Caraíbas), e uma maior taxa (10,9%) encontrada na região da Europa do Leste.

Os polimorfismos dos genes para as enzimas metabolizadoras do álcool, álcool desidrogenase e aldeído desidrogenase, são muitas vezes observados nos asiáticos e afetam a resposta ao álcool. Ao consumir álcool, os indivíduos com estas variações de genes podem experimentar rubor facial e palpitações, reações que podem ser tão graves a ponto de limitar ou impedirem o consumo futuro de álcool e diminuem o risco de perturbação de uso pelo álcool. Estas variações de genes são observadas em até 40% dos japoneses, chineses, coreanos e grupos relacionados em todo o mundo, e estão relacionados com riscos menores para a perturbação.

Apesar das pequenas variações relativas aos itens dos critérios individuais, os critérios de diagnóstico apresentam um desempenho igualmente bom na maioria dos grupos de raça/ /etnia.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

O sexo masculino tem taxas mais elevadas de consumo de álcool e de perturbações relacionadas do que o sexo feminino. No entanto, pelo facto de as mulheres pesarem, por regra, menos do que os homens, terem mais gordura e menos água nos seus corpos, e metabolizarem menos álcool no seu esófago e estômago, são mais suscetíveis de desenvolverem níveis mais elevados de alcoolemia por bebida do que os homens. As mulheres com consumos pesados podem ser também mais vulneráveis do que os homens a algumas consequências físicas associadas ao álcool, incluindo doenças hepáticas.

Marcadores de Diagnóstico

Os indivíduos cujos consumos pesados de álcool os coloca num risco elevado para perturbação de uso de álcool podem ser identificados através de questionários estandardizados e das elevações dos testes sanguíneos suscetíveis de serem observadas num consumo pesado regular. Estas medições não estabelecem o diagnóstico de uma perturbação relacionada com o álcool, mas podem ser úteis para destacar indivíduos para os quais deve ser colhida mais informação. O teste mais direto disponível para medir transversalmente o consumo de álcool é a *concentração de álcool no sangue*, que pode ser também utilizada para avaliar a tolerância ao álcool. Por exemplo, um indivíduo com uma concentração no sangue de 150 mg/dl de etanol e que não apresenta sinais de intoxicação adquiriu, presumivelmente, pelo menos algum grau de tolerância ao álcool. Com 200 mg/dl, a maioria dos indivíduos sem tolerância apresenta intoxicação grave.

Em relação aos testes laboratoriais, um indicador laboratorial sensível para consumo pesado de álcool é a moderada elevação ou níveis no limite superior do normal (>35 unidades), de gama-glutamiltranspeptidase (GGT). Este pode ser o único achado laboratorial. Pelo menos 70% dos indivíduos com um nível elevado de GGT são consumidores pesados persistentes (isto é, consomem regularmente 8 ou mais bebidas por dia). Outro teste com níveis de sensibilidade e especificidade comparáveis ou até mesmo superiores, é a transferrina deficiente em hidratos de carbono (CDT), com níveis de 20 ou mais unidades, sendo útil na identificação de indivíduos com consumo regular de 8 ou mais bebidas por dia. Uma vez que os níveis de GGT e a CDT regressem ao normal num prazo de dias ou semanas após

a suspensão do consumo, ambos os marcadores de estado podem ser úteis na vigilância da abstinência, especialmente quando o clínico observa elevações e não reduções destes valores ao longo do tempo – um achado que indica que a pessoa provavelmente recomeçou os consumos pesados de álcool. A combinação de testes para a CDT e a GGT pode ter níveis de sensibilidade e especificidade ainda maiores do que quando usados isoladamente. Outros testes úteis incluem o volume corpuscular médio (VCM), que pode estar elevado até valores no limite superior da normalidade em indivíduos com consumo pesado – uma alteração que é devida ao efeito tóxico direto do álcool na eritropoiese. Embora o VCM possa ser utilizado para ajudar a identificar os indivíduos que bebem maciçamente, é um método pobre para a monitorização da abstinência devido ao tempo de semivida longo dos glóbulos vermelhos. Os testes de função hepática (por exemplo, alanina-aminotransferase [ALT] e fosfatase alcalina) podem revelar lesão hepática devida a consumo pesado de álcool. Outros marcadores potenciais para consumo pesado que são mais inespecíficos para o álcool, mas que podem ajudar o clínico a pensar acerca dos possíveis efeitos do álcool, incluem as elevações dos lípidos sanguíneos (por exemplo, triglicerídeos e colesterol bom (lipoproteína de alta densidade, HDL) e níveis de ácido úrico no limite superior do normal.

Marcadores de diagnóstico adicionais relacionam-se com sinais e sintomas que refletem as consequências muitas vezes associadas ao consumo pesado persistente. Por exemplo, dispepsia, náusea e enfartamento podem acompanhar a gastrite, enquanto hepatomegalia, varizes esofágicas e hemorroidas podem refletir alterações no fígado induzidas pelo álcool. Outros sinais físicos de consumo pesado de álcool incluem tremor, marcha vacilante, insónia e disfunção erétil. Os homens com perturbação de uso de álcool crónica podem exibir diminuição do tamanho testicular e efeitos feminizantes associados à redução dos níveis de testosterona. Em mulheres, o consumo pesado repetido está associado a irregularidades menstruais e, durante a gravidez, a aborto espontâneo e síndrome fetal alcoólica. Indivíduos com histórias preexistentes de epilepsia ou de traumatismo craniano grave têm maior probabilidade de desenvolver convulsões relacionadas com o álcool. A abstinência de álcool pode estar associada a náuseas, vómitos, gastrite, hematemeses, boca seca, compleição ruborizada e inchada e edema periférico ligeiro.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Álcool

As características de diagnóstico da perturbação de uso de álcool destacam as principais áreas de funcionamento de vida suscetíveis de serem comprometidas. Estas incluem a condução e operação de maquinaria, escola e trabalho, relações e comunicações interpessoais e saúde. As perturbações relacionadas com o álcool contribuem para o absentismo laboral, acidentes laborais e baixa produtividade. As taxas são elevadas nos sem-abrigo, refletindo provavelmente a queda na espiral do funcionamento social e ocupacional, embora muitos indivíduos com perturbação de uso de álcool continuem a viver com as suas famílias e a trabalharem nos respetivos empregos.

A perturbação de uso de álcool está associada a um aumento significativo do risco de acidentes, violência e suicídio. Estima-se que 1 em cada 5 admissões em unidades de cuidados intensivos num hospital urbano esteja relacionada com o álcool e que 40% dos indivíduos nos EUA sofram de um efeito adverso relacionado com o álcool em determinado momento das suas vidas, sendo o álcool responsável por cerca de 55% dos acidentes de viação fatais. As perturbações de uso de álcool graves, especialmente em indivíduos com perturbação antissocial da personalidade, estão associadas à perpetração de atos criminosos, incluindo

homicídios. A utilização problemática de álcool grave também contribui para a desinibição e sentimentos de tristeza e irritabilidade que contribuem para o suicídio tentado e consumado.

A abstinência de álcool imprevista em indivíduos hospitalizados nos quais se negligenciou o diagnóstico de perturbação de uso de álcool pode aumentar os riscos, os custos da hospitalização e o tempo passado no hospital.

Diagnóstico Diferencial

Uso não patológico de álcool. O elemento-chave da perturbação de uso de álcool é a utilização de doses pesadas de álcool que provocam mal-estar clinicamente significativo ou défices no funcionamento. Enquanto a maioria dos consumidores ingere, por vezes, álcool suficiente para se sentir intoxicado, apenas uma minoria (menos de 20%) chega a desenvolver uma perturbação de uso de álcool. Assim, o consumo, mesmo que diário, em pequenas doses e com intoxicação ocasional não fazem por si só este diagnóstico.

Perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os sinais e sintomas da perturbação de uso de álcool são semelhantes aos observados na perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Todavia, os dois devem ser distinguidos, porque a sua evolução pode ser diferente, em particular, no que diz respeito a problemas médicos.

Perturbação do comportamento na infância e perturbação antissocial da personalidade. A perturbação de uso de álcool, juntamente com outras perturbações de uso de substâncias, é observada na maioria dos indivíduos com personalidade antissocial e perturbação do comportamento preexistente. Pelo facto de estes diagnósticos estarem associados ao início precoce de perturbação de uso de álcool e também a um pior prognóstico, é importante estabelecer ambas as patologias.

Comorbilidades

As perturbações bipolares, esquizofrenia e perturbação antissocial da personalidade estão associadas a um aumento marcado da taxa de perturbação de uso de álcool, podendo várias perturbações de ansiedade e depressivas estar também relacionadas com a perturbação de uso do álcool. Pelo menos uma parte da associação relatada entre depressão e perturbação de uso de álcool moderada a grave pode ser atribuída aos sintomas depressivos comórbidos, temporários e induzidos pelo álcool, resultando dos efeitos agudos da intoxicação ou abstinência. A intoxicação grave e repetida pode também suprimir mecanismos imunológicos e predispor os indivíduos a infeções e a um aumento do risco para cancros.

Intoxicação pelo Álcool

Critérios de Diagnóstico

A. Ingestão recente de álcool.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento agressivo ou sexual inapropriado, labilidade do humor, discernimento comprometido) que se desenvolveram durante ou pouco tempo depois da ingestão de álcool.
C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de álcool:

1. Discurso empastado.
2. Descoordenação.
3. Marcha instável.
4. Nistagmo.
5. Défices da atenção ou memória.
6. Estupor ou coma.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou não é mais bem explicado por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **303.00**. O código ICD-10-CM depende da existência de perturbação de uso de álcool comórbida. Se uma perturbação de uso de álcool ligeira é comórbida, o código ICD-10-CM é **F10.129** e se uma perturbação de uso de álcool moderada ou grave é comórbida, o código ICD-10-CM é **F10.229**. Se não existe perturbação de uso de álcool comórbida, então o código ICD-10-CM é **F10.929**.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da intoxicação pelo álcool é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento agressivo ou sexual inapropriado, labilidade do humor, discernimento comprometido, défices dos funcionamentos social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou pouco tempo após, a ingestão de álcool (Critério B). Estas alterações são acompanhadas pela evidência de impacte no funcionamento e juízo crítico e, se a intoxicação for intensa, podem resultar em coma com risco de vida. Os sintomas não devem ser atribuídos a outra condição médica (por exemplo, cetoacidose diabética), não são reflexo de condições tais como *delirium* e não estão relacionadas com a intoxicação por outras drogas depressivas (por exemplo, benzodiazepinas) (Critério D). Os níveis de descoordenação podem interferir com a capacidade de condução e desempenho nas atividades habituais a ponto de causar acidentes. A evidência do uso de álcool pode ser obtida através do cheiro a álcool do hálito do indivíduo, da obtenção da história a partir do indivíduo ou de outro observador e, quando necessário, fazendo que o indivíduo forneça amostras de ar expirado, sangue ou urina para análise toxicológica.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A intoxicação pelo álcool está por vezes associada a amnésia para acontecimentos que ocorreram no decurso da intoxicação (*blackouts*). Este fenómeno pode estar relacionado com a presença de níveis elevados de álcool no sangue e, possivelmente, com a velocidade com que estes níveis são atingidos. Mesmo durante a intoxicação pelo álcool ligeira, diferentes sintomas são suscetíveis de ser observados em diferentes momentos. A evidência de intoxicação ligeira pelo álcool pode ser observada em indivíduos depois de 2 bebidas (cada bebida *standard* tem cerca de 10-12 g de etanol e eleva as concentrações de álcool no sangue em aproximadamente 20 mg/dl). Precocemente, no período de consumo, quando os níveis de álcool no sangue estão a subir, os sintomas incluem muitas vezes loquacidade, sensação de bem-estar e humor expansivo e vivo. Subsequentemente, sobretudo quando os níveis de alcoolemia estão a descer, é provável que o indivíduo se torne progressivamente mais deprimido, retraído e cognitivamente perturbado. Com níveis de alcoolemia muito elevados (por exemplo, 200-300 mg/dl), um indivíduo que não desenvolveu tolerância ao álcool provavelmente adormecerá e entrará na primeira fase da anestesia. Níveis de alcoolemia ainda mais elevados (por

exemplo, acima de 300-400 mg/dl) podem causar inibição da respiração e da pulsação e até a morte em indivíduos não tolerantes. A duração da intoxicação depende da quantidade de álcool que foi consumida ao longo de um dado período de tempo. Por regra, o corpo é capaz de metabolizar aproximadamente uma bebida por hora, por forma a que o nível de alcoolemia em geral diminua a uma velocidade de 15-20 mg/dl/hora. Os sinais e sintomas de intoxicação são suscetíveis de serem mais intensos quando o nível de alcoolemia está a subir do que quando está a diminuir.

A intoxicação pelo álcool é um contribuinte importante para o comportamento suicida. Parece haver uma taxa de comportamento suicidário aumentada, bem como de suicídio consumado, em pessoas intoxicadas pelo álcool.

Prevalência

A grande maioria dos consumidores de álcool são suscetíveis de terem estado intoxicados até certo grau num determinado momento das suas vidas. Por exemplo, em 2010, 44% de estudantes do 12.º ano de escolaridade admitiram ter estado «alcoolizados no último ano», sendo que mais de 70% dos estudantes universitários referiram o mesmo.

Desenvolvimento e Curso

A intoxicação ocorre em regra como um episódio desenvolvendo-se habitualmente ao longo de minutos ou horas e que tipicamente dura várias horas. Nos EUA, a idade média da primeira intoxicação é de cerca 15 anos, com a maior prevalência entre os 18 e os 25 anos. A frequência e intensidade diminuem em regra com o avançar da idade. Quanto mais precoce o início de intoxicação regular, maior a probabilidade de o indivíduo vir a desenvolver perturbação de uso de álcool.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Episódios de intoxicação pelo álcool aumentam com características da personalidade de procura de sensações e impulsividade.

Ambientais. Episódios de intoxicação pelo álcool aumentam com ambientes de consumos pesados de álcool.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

No que respeita ao uso de álcool em geral, as questões principais têm aspetos paralelos com as diferenças culturais. Assim, as fraternidades e irmandades universitárias podem estimular a intoxicação alcoólica. Esta condição é também frequente em determinadas datas com significado cultural (por exemplo, a véspera do Ano Novo) e, nalguns subgrupos, durante acontecimentos específicos (por exemplo, velórios após funerais). Outros subgrupos encorajam o consumo de álcool em celebrações religiosas (por exemplo, feriados judeus e católicos), enquanto outros desencorajam fortemente qualquer consumo ou intoxicação (por exemplo, alguns grupos religiosos, tais como os mórmons, cristãos fundamentalistas e muçulmanos).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Historicamente, em muitas sociedades ocidentais, a aceitação do consumo e da embriaguez é mais tolerado no sexo masculino, mas estas diferenças de género podem ser muito menos proeminentes nos últimos anos, sobretudo durante a adolescência e início da vida adulta.

Marcadores de Diagnóstico

A intoxicação é em geral estabelecida pela observação do comportamento e hálito alcoólico de um indivíduo. O grau de intoxicação aumenta com o nível de alcoolemia ou de álcool no ar expirado e com a ingestão de outras substâncias, sobretudo as que têm efeitos sedativos.

Consequências Funcionais da Intoxicação pelo Álcool

A intoxicação pelo álcool contribui para mais de 30 000 mortes por ano relacionadas com o consumo de álcool nos EUA. Adicionalmente, a intoxicação com esta droga contribui para os elevados custos associados à condução em estado de embriaguez, tempo perdido na escola ou no trabalho, bem como conflitos interpessoais e confrontos físicos.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Várias condições médicas (por exemplo, cetoacidose diabética) e neurológicas (por exemplo, ataxia cerebelosa, esclerose múltipla) podem assemelhar-se temporariamente à intoxicação pelo álcool.

Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou com outras substâncias sedativas (por exemplo, anti-histamínicos, anticolinérgicos), pode ser confundida com intoxicação pelo álcool. A sua distinção requer observar álcool no hálito, medir a alcoolemia e o nível de álcool no ar expirado, requisitar uma avaliação médica e colher uma boa história. Os sinais e sintomas de intoxicação por sedativos-hipnóticos são muito semelhantes aos observados com o álcool e incluem alterações comportamentais e psicológicas problemáticas semelhantes. Estas alterações são acompanhadas por evidência de compromisso funcional e do juízo crítico – que, se intenso, pode resultar em coma com risco de vida – e de níveis de descoordenação que podem interferir com a capacidade de condução e de realizar tarefas habituais. Todavia, não existe cheiro tal como existe com o álcool, mas existe provavelmente evidência de abuso de fármacos depressivos nas análises toxicológicas de sangue e urina.

Comorbilidades

A intoxicação pelo álcool pode ocorrer comorbidamente com a intoxicação por outra substância, sobretudo em indivíduos com perturbação do comportamento ou perturbação antissocial da personalidade.

Abstinência de Álcool

Critérios de Diagnóstico

A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.

B. Dois (ou mais) dos seguintes, que se desenvolvem entre várias horas a poucos dias após a cessação da (ou redução) do uso de álcool descrito no Critério A:
   1. Hiperatividade autonómica (por exemplo, sudorese ou pulsação superior a 100 ppm).
   2. Tremor das mãos aumentado.
   3. Insónia.
   4. Náuseas ou vómitos.
   5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.

6. Agitação psicomotora.
7. Ansiedade.
8. Convulsões tónico-clónicas generalizadas.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Especificar se:

Com perturbações da perceção. Este especificador aplica-se nos casos raros em que ocorrem alucinações (em regra visuais ou táteis) com teste da realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis que ocorrem na ausência de *delirium*.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **291.81**. O código ICD-10-CM para abstinência de álcool sem perturbações da perceção é **F10.239** e o código ICD-10-CM para abstinência de álcool com perturbações da perceção é **F10.232**. Note que o código ICD-10-CM indica a presença de perturbação de uso de álcool moderada ou grave comórbida, refletindo o facto de a abstinência de álcool ocorrer apenas na presença de perturbação de uso de álcool moderada ou severa. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de álcool ligeira comórbida com abstinência de álcool.

Especificadores

Quando as alucinações ocorrem na ausência de *delirium* (isto é, consciência clara), deve ser considerado um diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substância/ /medicamento.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da abstinência de álcool é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve entre várias horas a poucos dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool (Critérios A e B). A síndrome de abstinência inclui 2 ou mais sintomas que refletem a hiperatividade autonómica e a ansiedade enumeradas no Critério B, juntamente com sintomas gastrintestinais.

Os sintomas de abstinência causam mal-estar clinicamente significativo ou défices nos funcionamentos social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de ansiedade generalizada), incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância (por exemplo, abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) (Critério D).

Os sintomas podem ser aliviados pela administração de álcool ou benzodiazepinas (por exemplo, diazepam). Os sintomas de abstinência iniciam-se tipicamente quando as concentrações de alcoolemia diminuem acentuadamente (isto é, em 4-12 horas) após paragem ou redução do uso de álcool. Refletindo o metabolismo relativamente rápido do álcool, os sintomas de abstinência de álcool em geral atingem o pico de intensidade durante o segundo dia de abstinência e são susceptíveis de melhorar marcadamente pelo quarto ou quinto dias. Todavia, depois da abstinência aguda, os sintomas de ansiedade, insónia e disfunção autonómica podem persistir em níveis de intensidade menores por até 3-6 meses.

Menos de 10% dos indivíduos que desenvolvem abstinência de álcool desenvolvem sintomas dramáticos (por exemplo, hiperatividade autonómica acentuada, tremores, *delirium* de abstinência de álcool). As convulsões tónico-clónicas ocorrem em menos de 3% dos indivíduos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Apesar de a confusão e as alterações da consciência não serem os critérios centrais da abstinência de álcool, o *delirium* de abstinência de álcool (ver «*Delirium*» no capítulo «Perturbações Neurocognitivas») pode ocorrer no contexto de abstinência. Tal como acontece para qualquer estado de agitação e confusão, independentemente da causa, para além de perturbação da consciência e da cognição, o *delirium* de abstinência pode incluir alucinações visuais, táteis ou (raramente) auditivas (*delirium tremens*). Quando se desenvolve o *delirium* de abstinência de álcool, é provável que esteja presente uma condição médica clinicamente relevante (por exemplo, falência hepática, pneumonia, hemorragia gastrintestinal, sequelas de traumatismo craniano, hipoglicemia, desequilíbrio eletrolítico, estado pós-operatório).

Prevalência

Estima-se que aproximadamente 50% dos indivíduos altamente funcionais de classe média com perturbação de uso de álcool já experimentaram uma síndrome de abstinência de álcool completa. De entre os indivíduos com perturbação de uso do álcool que estão hospitalizados ou sem-abrigo, a taxa de abstinência de álcool pode ser superior a 80%. Menos de 10% dos indivíduos com abstinência revelaram *delirium* por abstinência de álcool ou convulsões por abstinência.

Desenvolvimento e Curso

A abstinência aguda de álcool ocorre como um episódio que dura em regra 4-5 dias e apenas depois de períodos longos de consumo pesado. A abstinência é relativamente rara em indivíduos com menos de 30 anos e o risco e gravidade aumentam com a idade.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A probabilidade de desenvolver abstinência de álcool aumenta com a quantidade e frequência do consumo de álcool. A maioria dos indivíduos com esta condição consome diariamente grandes quantidades (8 ou mais bebidas por dia) durante múltiplos dias. Todavia, existem grandes diferenças entre indivíduos, com riscos aumentados para aqueles com condições médicas concomitantes, história familiar de abstinência de álcool (isto é, uma componente genética), abstinências prévias e indivíduos que consomem drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas.

Marcadores de Diagnóstico

A hiperatividade autonómica no contexto de níveis de alcoolemia moderadamente elevados, mas a diminuir, e uma história prolongada de consumo pesado indicam uma suscetibilidade para abstinência de álcool.

Consequências Funcionais da Abstinência de Álcool

Os sintomas de abstinência podem servir para perpetuar os comportamentos de consumo e contribuir para a recaída, resultando em compromisso persistente dos funcionamentos social e ocupacional. Os sintomas que necessitam de desintoxicação com supervisão médica resultam em *utilização* hospitalar e perda de produtividade laboral. Em geral, a presença de abstinência está associada a maior compromisso funcional e a pior prognóstico.

Diagnóstico Diferencial

Outras patologias médicas. Os sintomas da abstinência de álcool podem também mimetizar algumas condições médicas (por exemplo, hipoglicemia e cetoacidose diabética). O tremor essencial, uma perturbação que muitas vezes ocorre nas famílias, pode sugerir erradamente os tremores associados à abstinência de álcool.

Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos produz uma síndrome muito semelhante à abstinência de álcool.

Comorbilidades

A abstinência é mais susceptível de ocorrer com consumo mais pesado de álcool, sendo que esta pode ser mais frequentemente observada em indivíduos com perturbações do comportamento e perturbação antissocial da personalidade. Estados de abstinência são também mais graves em indivíduos mais idosos, indivíduos que também são dependentes de outras drogas depressivas (sedativo-hipnóticas) e em indivíduos que tiveram mais abstinências de álcool prévias.

Outras Perturbações Induzidas pelo Álcool

As seguintes perturbações induzidas pelo álcool são descritas noutros capítulos do manual junto com perturbações com que partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos nesses capítulos): perturbação psicótica induzida pelo álcool («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação bipolar induzida pelo álcool («Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»); perturbação depressiva induzida pelo álcool («Perturbações Depressivas»); perturbação de ansiedade induzida pelo álcool («Perturbações de Ansiedade»); perturbações do sono induzidas pelo álcool («Perturbações do Ciclo Sono-Vigília»); disfunção sexual induzida pelo álcool («Disfunções Sexuais»); e perturbação neurocognitivas major ou ligeira induzida pelo álcool («Perturbações Neurocognitivas»). Para o *delirium* por intoxicação pelo álcool e *delirium* de abstinência de álcool, ver os critérios e discussão do *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas pelo álcool são diagnosticadas no lugar de intoxicação pelo álcool ou de abstinência de álcool apenas quando os sintomas são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Características

Os perfis de sintomas para uma condição induzida pelo álcool assemelham-se aos das perturbações mentais independentes descritas ao longo do DSM-5. No entanto, a perturbação induzida pelo álcool é temporária e observada após intoxicação grave com e/ou abstinência de álcool. Enquanto os sintomas podem ser idênticos aos das perturbações mentais independentes (por exemplo, psicoses, perturbação depressiva major), e ao mesmo tempo podem ter as mesmas consequências graves (por exemplo, tentativas de suicídio), as condições induzidas pelo álcool melhoram provavelmente sem tratamento formal numa questão de dias a semanas após a cessação de intoxicação e/ou abstinência graves.

Cada perturbação mental induzida pelo álcool está listada na secção de diagnóstico relevante, pelo que aqui apenas se descrevem de forma breve. As perturbações induzidas pelo álcool devem ter-se desenvolvido no contexto de intoxicação e/ou abstinência graves de substâncias capazes de produzir perturbações mentais. Adicionalmente, deve existir evidência de que a perturbação observada não é mais bem explicada por outra perturbação mental não induzida pelo álcool. Esta última tem maior probabilidade de ocorrer se a perturbação mental estiver presente antes da intoxicação ou abstinência grave ou continuar por mais de 1 mês depois da cessação da intoxicação e/ou da abstinência grave. Quando os sintomas são observados apenas no decurso de um *delirium*, devem ser considerados parte do *delirium* e não devem ser diagnosticados separadamente, uma vez que muitos sintomas (incluindo alterações do humor, ansiedade e teste da realidade) são habitualmente observados durante estados de agitação e confusão. A perturbação induzida pelo álcool deve ser clinicamente relevante, causando níveis de mal-estar ou défice social significativos. Por fim, existem indicações de que a ingestão de substâncias de abuso no contexto de perturbação mental preexistente irá provavelmente resultar na intensificação da síndrome independente preexistente.

As características associadas a cada perturbação mental major relevante (por exemplo, episódios psicóticos, perturbação depressiva major) são semelhantes quer quando observadas com uma condição independente quer quando induzidas pelo álcool. No entanto, os indivíduos com perturbações induzidas pelo álcool são suscetíveis de demonstrar as características associadas observadas a uma perturbação de uso de álcool, conforme listado nas subsecções deste capítulo.

As taxas de perturbações induzidas pelo álcool variam ligeiramente com a categoria de diagnóstico. Por exemplo, o risco ao longo da vida de episódios depressivos major em indivíduos com perturbação de uso de álcool é de aproximadamente 40%, mas apenas um terço a metade destes representam síndromes depressivas majores independentes observadas fora do contexto de intoxicação. É provável a existência de taxas semelhantes de condições do sono ou de ansiedade induzidas pelo álcool, mas os episódios psicóticos induzidos pelo álcool são francamente raros.

Desenvolvimento e Curso

Uma vezes presentes, é provável que os sintomas de uma condição induzida pelo álcool se mantenham clinicamente relevantes enquanto o indivíduo continue a experimentar intoxicação e/ou abstinência grave. Enquanto os sintomas são idênticos aos das perturbações mentais independentes (por exemplo, psicoses, perturbação depressiva major) e enquanto podem ter as mesmas consequências graves (por exemplo tentativas de suicídio), todas as síndromes induzidas pelo álcool que não sejam a perturbação neurocognitiva induzida pelo álcool, tipo confabulatório amnésico (perturbação amnésica persistente induzida pelo álcool), independentemente da gravidade dos sintomas, são suscetíveis de melhorar de forma relativamente rápida e é improvável que permaneçam clinicamente relevantes por mais de 1 mês após a cessação da intoxicação e/ou abstinência grave.

As perturbações induzidas pelo álcool são uma parte importante dos diagnósticos diferenciais para condições mentais independentes. É provável que perturbações independentes como esquizofrenia, perturbação depressiva major, perturbação bipolar e perturbações de ansiedade, como a perturbação do pânico, estejam associadas a períodos muito mais prolongados de sintomas e requeiram frequentemente medicamentos de longo prazo para otimizar a probabilidade

de melhoria ou de recuperação. Por outro lado, as condições induzidas pelo álcool terão provavelmente uma duração muito menor, desaparecendo em alguns dias a 1 mês após a cessação da intoxicação e/ou abstinência grave, mesmo sem medicamentos psicotrópicos.

A importância do reconhecimento de uma perturbação induzida pelo álcool é semelhante à relevância de se identificar o possível papel de determinadas condições endócrinas e de reações medicamentosas antes de se diagnosticar uma perturbação mental independente. Face à elevada prevalência de perturbações de uso de álcool no mundo, é importante que estes diagnósticos induzidos pelo álcool sejam considerados antes de serem diagnosticadas perturbações mentais independentes.

Perturbação Relacionada com o Álcool Não Especificada

291.9 (F10.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com o álcool que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com o álcool específica ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com a Cafeína

Intoxicação pela Cafeína
Abstinência de Cafeína
Outras Perturbações Induzidas pela Cafeína
Perturbações Relacionadas com a Cafeína Não Especificadas

Intoxicação pela Cafeína

Critérios de Diagnóstico

305.90 (F15.929)

A. Consumo recente de cafeína (tipicamente uma dose elevada excedendo os 250 mg).
B. Cinco (ou mais) dos sinais e sintomas seguintes, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cafeína:
   1. Inquietação.
   2. Nervosismo.
   3. Excitação.
   4. Insónia.
   5. Rubor facial.
   6. Diurese.
   7. Perturbação gastrintestinal.
   8. Espasmos musculares.

9. Fluxo incoerente do pensamento e do discurso.
10. Taquicardia ou arritmia cardíaca.
11. Períodos de inesgotabilidade.
12. Agitação psicomotora.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Características de Diagnóstico

A cafeína pode ser consumida a partir de diferentes fontes, incluindo café, chá, refrigerantes com cafeína, bebidas «energéticas», analgésicos de venda livre e medicamentos para a gripe, energizantes (por exemplo, bebidas), anorexigénios e chocolate. A cafeína está também a ser usada de forma crescente como aditivo de vitaminas e de produtos alimentares. Mais de 85% das crianças e adultos consomem cafeína regularmente. Alguns utilizadores de cafeína apresentam sintomas consistentes com uso problemático, incluindo tolerância e abstinência (ver «Abstinência de Cafeína» adiante neste capítulo); neste momento não existem dados disponíveis para poder determinar o significado clínico da perturbação de uso de cafeína e da sua prevalência. Em contraste, existe evidência de que a abstinência de cafeína e a intoxicação por cafeína são clinicamente significativas e suficientemente prevalentes.

A característica essencial da intoxicação por cafeína é o consumo recente de cafeína e 5 ou mais sinais ou sintomas que se desenvolvem durante, ou pouco tempo após, o uso de cafeína (Critérios A e B). Os sintomas incluem inquietação, nervosismo, excitação, insónia, rubor facial, diurese e queixas gastrintestinais que podem ocorrer com doses baixas (por exemplo, 200 mg) em indivíduos vulneráveis, tais como crianças, idosos, ou em indivíduos que não estiveram previamente expostos a cafeína. Os sintomas que em regra aparecem com níveis superiores a 1 g/dia incluem espasmos musculares, fluxo incoerente do pensamento e do discurso, taquicardia ou arritmia cardíaca, períodos de inesgotabilidade e agitação psicomotora. A intoxicação por cafeína pode não ocorrer apesar da ingestão elevada de cafeína devido ao desenvolvimento de tolerância. Os sinais ou sintomas devem causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sinais ou sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de ansiedade) ou intoxicação por outra substância (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Alterações sensoriais ligeiras (por exemplo, zumbidos nos ouvidos ou *flashes* de luz) podem ocorrer com doses altas de cafeína. Apesar de doses elevadas de cafeína poderem aumentar a frequência cardíaca, doses pequenas podem diminuí-la. Não é ainda claro se o excesso de cafeína pode produzir cefaleias. No exame físico pode ser observada agitação, inquietação, diaforese, taquicardia, rubor facial e aumento da motilidade intestinal. Os níveis sanguíneos de cafeína podem fornecer informações importantes para o diagnóstico, particularmente quando o indivíduo fornece pouca história, apesar de os níveis não serem diagnósticos por si só, tendo em conta a variação individual da resposta à cafeína.

Prevalência

A prevalência da intoxicação por cafeína na população geral não é clara. Nos EUA, cerca de 7% dos indivíduos da população podem experimentar 5 ou mais sintomas com impacte funcional consistentes com o diagnóstico de intoxicação por cafeína.

Desenvolvimento e Curso

Consistente com a semivida da cafeína de cerca de 4-6 horas, os sintomas da intoxicação por cafeína remitem habitualmente no primeiro dia e não possuem nenhuma consequência duradoura conhecida. Todavia, os indivíduos que consomem doses muito elevadas de cafeína (isto é, 5-10 g) podem necessitar de atendimento médico imediato, pelo facto de estas doses poderem ser letais.

Com o avançar da idade, os indivíduos tendem a demonstrar reações cada vez mais intensas à cafeína, com maiores queixas de interferência no sono e sensação de hipervigília. Foi observada intoxicação por cafeína nos indivíduos jovens após consumo de produtos com elevado teor de cafeína, incluindo bebidas energéticas. Crianças e adolescentes podem ter um risco aumentado de intoxicação por cafeína por causa do baixo peso corporal, falta de tolerância e falta de conhecimento acerca dos efeitos farmacológicos da cafeína.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A intoxicação por cafeína é muitas vezes observada em indivíduos que usam a cafeína menos frequentemente ou nos que aumentaram recentemente numa quantidade substancial a sua ingestão de cafeína. Além disso, os anticoncetivos orais diminuem significativamente a eliminação de cafeína e podem em consequência aumentar o risco de intoxicação.

Genéticos e fisiológicos. Os fatores genéticos podem afetar o risco de intoxicação por cafeína.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Cafeína

O comprometimento pela intoxicação por cafeína pode ter consequências graves, incluindo disfunções laborais ou escolares, indiscrições sociais ou incapacidade para cumprir as suas obrigações. Além disso, doses extremamente elevadas de cafeína podem ser fatais. Nalguns casos, a intoxicação por cafeína pode precipitar uma perturbação induzida por cafeína.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais. A intoxicação por cafeína pode ser caracterizada por sintomas (por exemplo, ataques de pânico) que se assemelham a perturbações mentais primárias. Para preencher os critérios para intoxicação por cafeína, os sintomas não podem estar associados a outra condição médica ou a outra perturbação mental, tal como uma perturbação de ansiedade, que os possa explicar melhor. Episódios maníacos; perturbações de pânico; perturbação de ansiedade generalizada; intoxicação por anfetaminas; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou abstinência de tabaco; perturbações do sono; e efeitos adversos induzidos por medicamentos (por exemplo, acatisia) podem causar um quadro clínico semelhante ao da intoxicação por cafeína.

Outras perturbações induzidas por cafeína. A relação temporal entre os sintomas e o aumento do uso de cafeína ou a abstinência de cafeína ajuda a estabelecer o diagnóstico. A intoxicação por cafeína distingue-se da perturbação de ansiedade induzida por cafeína,

com início durante a intoxicação (ver «Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância/ /Medicamento») e perturbação do sono induzida por cafeína, com início durante a intoxicação (ver «Perturbação do Sono Induzida por Substância/Medicamento» no capítulo «Perturbações do Sono-Vigília»), pelo facto de os sintomas nestas últimas perturbações excederem os que normalmente se associam a intoxicação por cafeína e por serem suficientemente graves para necessitar de atenção clínica independente.

Comorbilidades

As doses de cafeína típicas da dieta não foram associadas de forma consistente a problemas médicos. No entanto, o uso pesado de cafeína (por exemplo, >400 mg) pode causar ou exacerbar sintomas de ansiedade e somáticos, bem como mal-estar gastrintestinal. Com doses agudas extremamente elevadas de cafeína, a epilepsia de tipo grande mal e insuficiência respiratória podem resultar em morte. O uso excessivo de cafeína está associado a perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações alimentares, perturbações psicóticas, perturbações do sono e perturbações relacionadas com substâncias, enquanto os indivíduos com perturbação de ansiedade são mais propensos a evitar a cafeína.

Abstinência de Cafeína

Critérios de Diagnóstico 292.0 (F15.93)

A. Uso diário prolongado de cafeína.
B. Cessação abrupta ou redução do uso de cafeína seguida, nas 24 horas seguintes, por 3 (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
   1. Cefaleias.
   2. Cansaço marcado ou sonolência.
   3. Humor disfórico, humor deprimido ou irritabilidade.
   4. Dificuldades de concentração.
   5. Sintomas semelhantes aos da gripe (náuseas, vómitos ou dor/rigidez muscular).
C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. Os sinais ou sintomas não estão associados aos efeitos fisiológicos de outra condição médica (por exemplo, enxaqueca, doença viral) e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da abstinência de cafeína é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve após a cessação abrupta (ou redução substancial) da ingestão diária prolongada de cafeína (Critério B). A síndrome de abstinência de cafeína é indicada por 3 ou mais dos seguintes (Critério B): cefaleias; cansaço marcado ou sonolência; humor disfórico, humor deprimido ou irritabilidade; dificuldades de concentração e sintomas semelhantes aos da gripe (náuseas, vómitos, ou dor/rigidez muscular). A síndrome de abstinência causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem estar

associados aos efeitos fisiológicos de outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D).

A cefaleia é o aspeto característico da abstinência de cafeína e pode ser de desenvolvimento gradual e difuso; latejante, grave e sensível ao movimento. Contudo, outros sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer na ausência de cefaleia. A cafeína é a droga ativadora mais amplamente usada no mundo e está presente em muitos tipos diferentes de bebidas (por exemplo, café, chá, chá-mate, refrigerantes, bebidas energéticas), alimentos, energizantes, medicamentos e suplementos dietéticos. Pelo facto de a ingestão de cafeína estar muitas vezes integrada nos costumes sociais e rituais diários (por exemplo, pausa para café, hora do chá) alguns consumidores de cafeína podem não estar cientes da sua dependência física de cafeína. Assim, os sintomas de abstinência de cafeína podem ser inesperados e mal atribuídos a outras causas (por exemplo, gripe, enxaqueca). Para além disso, os sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer quando os indivíduos necessitam de se abster de alimentos ou de bebidas antes de procedimentos médicos, ou quando a dose habitual de cafeína é omitida por causa de uma mudança de rotina (por exemplo, durante uma viagem, fins-de-semana).

A probabilidade e gravidade da abstinência de cafeína aumentam geralmente em função da dose diária habitual de cafeína. Todavia, existe uma ampla variabilidade entre indivíduos e num mesmo indivíduo ao longo de diferentes episódios na incidência, gravidade e curso temporal dos sintomas de abstinência. Os sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer após a cessação abrupta de doses diárias relativamente baixas e crónicas de cafeína (isto é, 100 mg).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A abstinência de cafeína demonstrou estar associada com um défice do desempenho cognitivo e do comportamento (por exemplo, manutenção da atenção). Estudos eletrencefalográficos demonstraram que os sintomas de abstinência de cafeína estão significativamente associados a aumentos da potência teta, e diminuição da potência absoluta beta-2. Durante a abstinência de cafeína foram também relatadas uma diminuição da motivação para trabalhar e uma diminuição da sociabilidade. Foi documentado um aumento do uso de analgésicos durante a abstinência de cafeína.

Prevalência

Mais de 85% dos adultos e crianças nos EUA consomem cafeína regularmente, com um consumo médio de cafeína de cerca de 280 mg/dia para os adultos. A incidência e a prevalência da síndrome de abstinência de cafeína na população geral não é clara. Nos EUA, as cefaleias podem ocorrer em aproximadamente 50% dos casos de abstinência de cafeína. Durante as tentativas de paragem permanente do uso de cafeína, mais de 70% dos indivíduos podem experimentar pelo menos um sintoma de abstinência de cafeína (47% podem experimentar cefaleias) e 24% podem experimentar cefaleias mais um ou mais de outros sintomas, bem como défice funcional devido à abstinência de cafeína. Entre os indivíduos que se abstêm da cafeína por pelo menos 24 horas, mas não estão a tentar parar permanentemente o seu uso, 11% experimentaram cefaleias mais um ou mais de outros sintomas, bem como défice funcional. Os consumidores de cafeína podem diminuir a incidência de abstinência de cafeína através do uso de cafeína diária ou apenas infrequentemente (por exemplo, não mais do que 2 dias consecutivos). A redução gradual de cafeína ao longo de um período de dias a semanas pode diminuir a incidência e a gravidade da abstinência de cafeína.

Desenvolvimento e Curso

Os sintomas iniciam-se em regra 12-24 horas após a última dose de cafeína, tendo o seu pico após 1-2 dias de abstinência. Os sintomas de abstinência de cafeína duram 2-9 dias, com a possibilidade de as cefaleias de abstinência ocorrerem por um período de até 21 dias. Os sintomas costumam remitir rapidamente (em 30-60 minutos) após novo consumo de cafeína.

A cafeína é única na medida em que é uma droga ativadora do comportamento que é consumida por indivíduos de quase todas as idades. As taxas de consumo de cafeína e o nível global de consumo de cafeína aumentam com a idade até ao início a meados da quarta década de vida, estabilizando a partir daí. Apesar de a abstinência de cafeína ter sido documentada em crianças e adolescentes, sabe-se relativamente pouco acerca dos fatores de risco para abstinência nesta faixa etária. O uso de bebidas energéticas com elevado teor de cafeína está a aumentar em indivíduos jovens, podendo vir a aumentar o risco de abstinência de cafeína.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. O consumo pesado de cafeína tem sido observado em indivíduos com perturbações mentais, incluindo perturbações alimentares, fumadores, prisioneiros e abusadores de drogas e álcool. Assim, estes indivíduos podem ter um risco mais elevado para abstinência de cafeína após uma paragem aguda do uso de cafeína.

Ambientais. A indisponibilidade da cafeína é um fator de risco ambiental para os sintomas de abstinência incipientes. Enquanto a cafeína é legal, e em geral amplamente disponível, existem situações em que o uso de cafeína pode ser restringido, tal como durante procedimentos médicos, gravidez, hospitalizações, práticas religiosas, tempo de guerra e participação numa investigação. Estas circunstâncias ambientais externas podem precipitar uma síndrome de abstinência em indivíduos vulneráveis.

Fatores genéticos e fisiológicos. Os fatores genéticos parecem aumentar a vulnerabilidade para a abstinência de cafeína, mas não foi identificado nenhum gene específico.

Modificadores do curso. Os sintomas de abstinência de cafeína remitem em regra em 30-60 minutos após reexposição à cafeína. Doses significativamente menores do que 1 dose diária habitual podem ser suficientes para prevenir ou atenuar os sintomas de abstinência de cafeína (por exemplo, consumo de 25 mg num indivíduo que em regra consome 30 mg).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os consumidores habituais de cafeína que jejuam por motivos religiosos podem apresentar um risco mais elevado para abstinência de cafeína.

Consequências Funcionais da Perturbação de Abstinência de Cafeína

Os sintomas de abstinência de cafeína podem variar de ligeiros a extremos, causando por vezes défice funcional nas atividades diárias normais. As taxas de défice funcional variam de 10% a 55% (média de 13%), com taxas tão elevadas quanto 73% entre os indivíduos que também apresentam outras características problemáticas do uso de cafeína. Os exemplos de défice funcional incluem ser incapaz de trabalhar, fazer exercício ou de cuidar de crianças; permanência na cama durante todo o dia; faltas a cultos religiosos; terminar precocemente um período de férias; e cancelar um encontro social. As cefaleias da abstinência de cafeína

podem ser descritas pelos indivíduos como «as piores dores de cabeça» alguma vez sentidas. Também foram observados decréscimos nos cognitivo e motor.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações médicas e efeitos adversos de medicamentos. Devem ser consideradas diversas perturbações no diagnóstico diferencial de abstinência de cafeína. A abstinência de cafeína pode mimetizar a enxaqueca e outros tipos de cefaleias, doenças virais, sinusites, tensão, outros estados de abstinência de drogas (por exemplo, de anfetaminas, cocaína) e efeitos adversos de medicamentos. A determinação definitiva de abstinência de cafeína deve basear-se na determinação do padrão e da quantidade consumida, no intervalo de tempo entre a abstinência de cafeína e o início dos sintomas, e as características clínicas particulares apresentadas pelo indivíduo. Uma dose de teste de cafeína seguida de remissão sintomática pode ser utilizada para confirmar o diagnóstico.

Comorbilidades

A abstinência de cafeína pode estar associada a perturbação depressiva major, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação antissocial da personalidade em adultos, perturbação de uso de álcool moderada a grave e uso de *Cannabis* e cocaína.

Outras Perturbações Induzidas pela Cafeína

As perturbações induzidas pela cafeína seguintes são descritas noutros capítulos do manual juntamente com as perturbações com que partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substância/medicamento nestes capítulos): perturbação de ansiedade induzida pela cafeína («Perturbações de Ansiedade») e perturbação do sono induzida pela cafeína («Perturbações do Sono-Vigília»). Estas perturbações induzidas pela cafeína apenas são diagnosticadas em vez de intoxicação pela cafeína ou de abstinência de cafeína quando os sintomas são suficientemente graves para justificar uma atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com a Cafeína Não Especificada

292.9 (F15.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com a cafeína que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com cafeína específica, ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com *Cannabis*

Perturbação de Uso de *Cannabis*
Intoxicação por *Cannabis*
Abstinência de *Cannabis*
Outras Perturbações Induzidas por *Cannabis*
Perturbações Relacionadas com *Cannabis* Não Especificadas

Perturbação de Uso de *Cannabis*

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de *Cannabis* que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. A *Cannabis* é muitas vezes consumida em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de *Cannabis*.
   3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de *Cannabis*, uso de *Cannabis* ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de *Cannabis*.
   5. Uso recorrente de *Cannabis*, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso de *Cannabis* continuado, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da *Cannabis*.
   7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de *Cannabis*.
   8. Uso de *Cannabis* recorrente em situações em que é fisicamente perigoso.
   9. O uso de *Cannabis* é continuado apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente foi causado ou exacerbado pela *Cannabis*.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
      a. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de *Cannabis* para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de *Cannabis*.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
      a. Uma síndrome de abstinência característica da *Cannabis* (consulte os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de *Cannabis*, pp. 621-622).
      b. A *Cannabis* (ou outra substância intimamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de *Cannabis*, nenhum critério para perturbação de uso de *Cannabis* foi preenchido durante um mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de *Cannabis*» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de *Cannabis*, nenhum critério para perturbação de uso de *Cannabis* foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de *Cannabis*» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a *Cannabis* é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por *Cannabis*, abstinência de *Cannabis* ou outra perturbação mental induzida por *Cannabis* estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de *Cannabis*. Em vez deles, a perturbação de uso de *Cannabis* comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por *Cannabis* (ver a nota de codificação para a intoxicação por *Cannabis*, abstinência de *Cannabis* ou para uma perturbação mental específica induzida por *Cannabis*). Por exemplo, se existir perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis* comórbida e perturbação de uso de *Cannabis*, apenas é atribuído o código para a perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis*, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de *Cannabis* comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F12.180** para perturbação de uso de *Cannabis* ligeira com perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis*, ou **F12.280** para perturbação de uso de *Cannabis* moderada ou grave com perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis*.

Especificar a gravidade atual:

305.20 (F12.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

304.30 (F12.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.30 (F12.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Num indivíduo, as alterações da gravidade ao longo do tempo podem refletir-se também através de alterações na frequência (por exemplo, dias de uso por mês ou número de consumos por dia) e/ou dose (por exemplo, quantidade usada por episódio) de *Cannabis*, de acordo com a avaliação do autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas suas conhecidas, observações pelos clínicos e testes biológicos.

Características de Diagnóstico

A perturbação de uso de *Cannabis* e outras perturbações relacionadas com *Cannabis* incluem problemas que estão associados a substâncias derivadas da planta da *Cannabis* e a compostos sintéticos quimicamente semelhantes. Ao longo do tempo, esta planta tem vindo a acumular vários nomes (por exemplo, *weed*, *pot*, *herb*, *grass*, *reefer*, *mary jane*, *dagga*, *dope*, *bhang*, *skunk*, *boom*, *gangster*, *kif*, ganja, belota, liamba, fininho, baseado, erva, charro, *bhang*, palhão, fumo louco, ópio-do-pobre). Um extrato concentrado da planta da *Cannabis* que é também usualmente usado é o haxixe. A *Cannabis* é o termo genérico, e provavelmente o mais apropriado cientificamente, para as substâncias psicoativas derivadas da planta e, como

tal, é o termo usado neste manual para se referir a todas as formas de substâncias de tipo *Cannabis*, incluindo compostos canabinoides sintéticos.

As formulações orais sintéticas (comprimido/cápsulas) de delta-9-tetra-hidrocanabinol (delta-9-THC) estão disponíveis através de prescrição médica para determinadas indicações médicas aprovadas (por exemplo, para a náusea e vómitos causados por quimioterapia; para a anorexia e perda de peso em indivíduos com SIDA). Outros compostos canabinoides sintéticos foram produzidos e distribuídos para uso não médico sob a forma de material para plantas que foi difundido com uma formulação canabinoide (por exemplo, K2, Spice, JWH-018, JWH-073).

Os canabinoides têm diversos efeitos no cérebro, de entre os quais são proeminentes as ações sobre os recetores canabinoides CB1 e CB2, que são encontrados em todo o sistema nervoso central. Os ligandos endógenos para estes recetores comportam-se fundamentalmente como neurotransmissores. A potência da *Cannabis* (concentração de delta-9-THC) que está em geral disponível varia muito, de 1% a cerca de 15% no material típico da planta da *Cannabis* e 10%-20% no haxixe. Ao longo das duas últimas décadas, observou-se um aumento constante da potência da *Cannabis* apreendida.

A *Cannabis* é mais frequentemente fumada através de uma variedade de métodos: cachimbos, cachimbos de água (bongos ou narguilé), cigarros (charro), ou, mais recentemente, no papel de charutos escavados (talhas). A *Cannabis* é por vezes também ingerida por via oral, tipicamente através da mistura com comida. Mais recentemente, têm sido desenvolvidos dispositivos nos quais a *Cannabis* é «vaporizada». A vaporização envolve o aquecimento do material da planta para libertar os canabinoides psicoativos para a inalação. Tal como com outras substâncias psicoativas, fumar (e vaporizar) produz um início de ação tipicamente mais rápido e experiências mais intensas dos efeitos desejados.

Indivíduos que usam regularmente a *Cannabis* podem desenvolver todas as características gerais de diagnóstico de uma perturbação de uso de substância. A perturbação de uso de *Cannabis* é muitas vezes observada como a única perturbação de uso de substância experimentada pelo indivíduo; todavia, também ocorre com frequência em simultâneo com outros tipos de perturbações de uso de substâncias (isto é, álcool, cocaína, opioides). Nos casos em que são usados vários tipos de substâncias, o indivíduo pode muitas vezes minimizar os sintomas relacionados com a *Cannabis*, pelo facto de os sintomas poderem ser menos graves ou causarem menos danos do que os diretamente relacionados com o uso de outras substâncias. Foi relatada tolerância farmacológica e comportamental para a maioria dos efeitos da *Cannabis* em indivíduos que usam a *Cannabis* de forma persistente. Em geral, perde-se a tolerância quando o uso de *Cannabis* é descontinuado por um período significativo de tempo (isto é, por pelo menos vários meses). Uma novidade no DSM-5 é o reconhecimento de que a interrupção abrupta do uso diário ou quase diário de *Cannabis* resulta muitas vezes no aparecimento de uma síndrome de abstinência de *Cannabis*. Sintomas comuns de abstinência incluem irritabilidade, raiva ou agressão, ansiedade, humor deprimido, inquietação, dificuldades no sono e diminuição do apetite ou perda de peso. Apesar de não ser tipicamente tão grave quanto a abstinência de álcool ou de opioides, a síndrome de abstinência de *Cannabis* pode causar mal-estar significativo e contribuir para a dificuldade em parar de consumir ou de recaída entre os que tentam a abstinência.

Os indivíduos com perturbação de uso de *Cannabis* podem usar a *Cannabis* ao longo do dia durante um período de meses ou anos, passando, portanto, muitas horas por dia sob a sua influência. Outros podem usar menos vezes, mas o seu uso causa problemas recorrentes

relacionados com a família, escola, trabalho ou outras atividades importantes (por exemplo, ausências laborais repetidas, negligência das obrigações familiares). O uso e intoxicação periódicas por *Cannabis* pode afetar negativamente o funcionamento comportamental e cognitivo e, assim, interferir com o desempenho ideal no trabalho ou na escola, ou colocar o indivíduo num risco físico maior ao realizar atividades que podem ser fisicamente perigosas (por exemplo, conduzir um carro, praticar certos desportos, produzir atividades de trabalho manual, incluindo operação de maquinaria). As discussões com os cônjuges ou parentes sobre o uso de *Cannabis* em casa, ou o seu uso na presença de crianças, pode ter um impacte adverso no funcionamento familiar e são características comuns dos que apresentam uma perturbação de uso de *Cannabis*. Por último, os indivíduos com perturbação de uso de *Cannabis* podem continuar a consumir, apesar saberem existir problemas físicos (por exemplo, tosse crónica relacionada com o fumar) ou psicológicos (por exemplo, sedação excessiva ou exacerbação de outros problemas de saúde mental) associados ao seu uso.

O diagnóstico também pode ser afetado se a *Cannabis* está a ser usada ou não por razões médicas legítimas. Quando a substância é ingerida tal como indicado para uma condição médica, os sintomas de tolerância e de abstinência acabarão por ocorrer naturalmente, não devendo ser usados como critérios primários para determinar o diagnóstico de perturbação de uso de substância. Apesar de os usos médicos de *Cannabis* permanecerem controversos e equívocos, o uso em situações médicas deve ser considerado quando está a ser ponderado o diagnóstico.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos que usam regularmente *Cannabis* relatam muitas vezes que esta é usada para lidar com o humor, sono, dor ou outros problemas fisiológicos ou psicológicos, tendo os indivíduos diagnosticados com perturbação de uso de *Cannabis* com frequência outras perturbações mentais simultâneas. Uma avaliação cuidada tipicamente revela relatos de uso de *Cannabis* que contribuem para a exacerbação destes mesmos sintomas, tal como outros motivos para uso frequente (por exemplo, para experimentar euforia, esquecer os problemas, em resposta à raiva, como uma atividade social agradável). Relacionado com este assunto, alguns indivíduos que usam *Cannabis* várias vezes por dia pelas razões acima indicadas, não se veem (e por isso não relatam) como estando a passar uma quantidade de tempo excessiva sob a influência ou a recuperar dos efeitos diretos da *Cannabis*, apesar estarem intoxicados por *Cannabis* ou a recuperar dos seus efeitos na maior parte da maioria dos dias. Um marcador importante para o diagnóstico de perturbação de uso de substâncias, particularmente nos casos mais ligeiros, é o uso continuado apesar do risco claro de consequências negativas para outras atividades ou relações valorizadas (por exemplo, escola, trabalho, atividade desportiva, relação conjugal ou parental).

Pelo facto de alguns utilizadores de *Cannabis* estarem motivados para diminuir a quantidade ou frequência do seu uso, é importante estar alerta para os sinais e sintomas comuns do uso e intoxicação por *Cannabis*, por forma a melhor avaliar o grau de uso. Tal como com outras substâncias, os utilizadores experientes de *Cannabis* desenvolvem tolerância comportamental e farmacológica de tal modo que pode ser difícil detetar quando estão sob a sua influência. Sinais de uso agudo e crónico incluem olhos vermelhos (hiperemia conjuntival), odor a *Cannabis* na roupa, pontas dos dedos amareladas (de fumar charros), tosse crónica, queima de incenso (para esconder o cheiro) e *craving* e impulso exagerados por alimentos específicos, por vezes em alturas incomuns do dia ou da noite.

Prevalência

Os canabinoides, sobretudo a *Cannabis*, são a substância psicoativa ilícita mais amplamente usada nos EUA. A prevalência a 12 meses da perturbação de uso de *Cannabis* (taxas combinadas de abuso e de dependência do DSM-IV) é de cerca de 3,4% entre os 12 e os 17 anos e 1,5% entre os adultos com 18 ou mais anos. As taxas de perturbação de uso de *Cannabis* são mais elevadas nos adultos do sexo masculino (2,2%) do que nos adultos do sexo feminino (0,8%), sendo também mais elevadas entre os elementos do sexo masculino (3,8%) do que entre os do sexo feminino (3,0%) no grupo etário dos 12 a 17 anos. As taxas de prevalência a 12 meses de perturbação de uso de *Cannabis* diminui com a idade entre os adultos, com as taxas mais altas entre os 18 e os 29 anos (4,4%) e as mais baixas entre os indivíduos com 65 ou mais anos (0,01%). A elevada prevalência da perturbação de uso de *Cannabis* reflete possivelmente, mais do que o seu maior potencial aditivo, o uso muito mais difundido de *Cannabis* comparativamente com outras drogas ilícitas. As diferenças raciais e étnicas na prevalência são moderadas. As prevalências a 12 meses da perturbação de uso de *Cannabis* pode variar acentuadamente entre os subgrupos étnico-raciais dos EUA. Entre os 12 e os 17 anos, as taxas são mais elevadas do que nos americanos nativos e nativos do Alasca (7,1%) do que hispânicos (4,1%), brancos (3,4%), afro-americanos (2.7%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,9%). Entre os adultos, a prevalência de perturbação de uso de *Cannabis* é também mais elevada nos americanos nativos e nativos do Alasca (3,4%) comparativamente com as taxas entre os afro-americanos (1,8%), brancos (1,4%), hispânicos (1,2%) e asiáticos e nativos das ilhas do Pacífico (1,2%). Durante a última década, a prevalência de perturbação de uso de *Cannabis* aumentou entre adultos e adolescentes. As diferenças de género na perturbação de uso de *Cannabis* é habitualmente concordante com as de outras perturbações de uso de substâncias. A perturbação de uso de *Cannabis* é mais comummente observada no sexo masculino, apesar de a magnitude desta diferença ser menor nos adolescentes.

Desenvolvimento e Curso

O início da perturbação de uso de *Cannabis* pode ocorrer em qualquer altura durante ou após a adolescência, mas é de início mais frequente durante a adolescência ou no início da idade adulta. Apesar de muito menos frequente, o início da perturbação de uso de *Cannabis* pode ocorrer na pré-adolescência ou no final da 3.ª década de vida, ou com mais idade. A recente aprovação do uso e disponibilidade de «marijuana medicinal» pode aumentar a taxa de início de perturbação de uso de *Cannabis* entre os adultos mais velhos.

Em regra, a perturbação de uso de *Cannabis* desenvolve-se ao longo de um vasto período de tempo, apesar de a progressão aparentar ser mais rápida nos adolescentes, particularmente nos que apresentam problemas de comportamento globais. A maioria das pessoas que desenvolve uma perturbação de uso de *Cannabis* estabelece tipicamente um padrão de uso de *Cannabis* que aumenta de forma gradual tanto em frequência quanto em quantidade. A *Cannabis*, junto com o tabaco e o álcool, são as primeiras substâncias tradicionalmente experimentadas pelos adolescentes. Muitos consideram o uso de *Cannabis* como menos lesivo do que o uso de álcool ou de tabaco, tendo esta perceção contribuído provavelmente para o aumento do seu uso. Além disso, a intoxicação por *Cannabis* não resulta tipicamente numa disfunção cognitiva ou do comportamento graves tal como acontece com a intoxicação pelo álcool, o que pode aumentar a probabilidade de uso mais frequente em situações mais variadas do que com o álcool. Entre alguns adolescentes, estes fatores contribuem provavelmente para o potencial de transição rápida do uso de *Cannabis* para uma perturbação

de uso de *Cannabis*, bem como para o padrão habitual de uso ao longo do dia que é observado comummente entre os que têm uma perturbação de uso de *Cannabis* mais grave.

A perturbação de uso de *Cannabis* nos pré-adolescentes e adultos jovens manifesta-se em regra como uso excessivo com os pares, o que é uma componente do padrão de outros comportamentos delinquentes habitualmente associados a problemas do comportamento. Casos mais ligeiros refletem primariamente o uso continuado, apesar dos evidentes problemas relacionados com a desaprovação pelos outros colegas, administração escolar e família, o que também coloca a juventude em risco para consequências físicas e comportamentais. Em casos mais graves, existe uma progressão para usar sozinho ou usar ao longo do dia, de tal modo que o uso interfere com o funcionamento normal e toma o lugar de atividades prossociais previamente estabelecidas.

São muitas vezes observadas alterações na estabilidade do humor, nível de energia e nos padrões alimentares nos utilizadores adolescentes. Estes sinais e sintomas são provavelmente decorrentes dos efeitos diretos do uso de *Cannabis* (intoxicação) e dos efeitos subsequentes que se seguem à intoxicação aguda (ficar em baixo), bem como tentativas de esconder o uso dos outros. Os problemas escolares estão em regra associados à perturbação de uso de *Cannabis* nos adolescentes, sobretudo uma queda dramática das notas, absentismo e redução do interesse nas atividades escolares gerais e nos resultados.

A perturbação de uso de *Cannabis* nos adultos envolve tipicamente padrões bem estabelecidos de uso diário de *Cannabis* que são mantidos apesar da existência de evidentes problemas psicossociais e médicos. Muitos adultos sentiram um desejo repetido de parar ou falharam sucessivas tentativas de cessação do uso. Os casos mais ligeiros dos adultos podem ser semelhantes aos casos mais comuns dos adolescentes em que o uso de *Cannabis* não é tão frequente ou pesado, mas continua apesar das potenciais consequências significativas do uso continuado. A taxa de uso em adultos de meia-idade e adultos mais velhos aparenta estar a aumentar, provavelmente por causa dos efeitos de coorte resultantes da elevada prevalência de uso no final dos anos de 1960 e 1970.

O uso de *Cannabis* de início precoce (por exemplo, antes dos 15 anos) é um preditor robusto de desenvolvimento de perturbação de uso de *Cannabis* e de perturbações de uso de substâncias de outros tipos, bem como de perturbações mentais, em adultos jovens. Este aparecimento precoce está provavelmente relacionado com outros problemas de exteriorização simultâneos, sobretudo sintomas de perturbação do comportamento. Todavia, o início precoce é também um preditor de problemas de interiorização, refletindo, por esse motivo, um provável fator de risco geral para o desenvolvimento de perturbações de saúde mental.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Uma história de perturbação do comportamento na infância ou adolescência e a perturbação antissocial da personalidade são fatores de risco para o desenvolvimento de muitas perturbações relacionadas com substâncias, incluindo perturbações relacionadas com *Cannabis*. Outros fatores de risco incluem as perturbações de exteriorização ou interiorização durante a infância ou a adolescência. Os jovens com pontuações elevadas de desinibição do comportamento apresentam perturbações de uso de substâncias de início precoce, incluindo perturbação de uso de *Cannabis*, envolvimento de múltiplas substâncias e problemas precoces do comportamento.

Ambientais. Os fatores de risco incluem insucesso escolar, tabagismo, situação familiar instável ou de abuso, uso de *Cannabis*, uso de *Cannabis* entre os membros da família imediata, história familiar de uma perturbação de uso de substância e estatuto socioeconómico baixo. Tal como para todas as substâncias de abuso, a facilidade de obtenção de uma substância é um fator de risco; a *Cannabis* é de obtenção relativamente fácil na maioria das culturas, o que aumenta o risco de desenvolver uma perturbação de uso de *Cannabis*.

Genéticos e fisiológicos. As influências genéticas contribuem para o desenvolvimento de perturbações de uso de *Cannabis*. Os fatores hereditários contribuem entre 30% e 80% para a variação total do risco para perturbação de uso de *Cannabis*. Deve salientar-se que influências genéticas comuns e influências ambientais partilhadas entre as perturbações de uso de *Cannabis* e as perturbações de uso de outros tipos de substâncias sugerem uma base genética comum para os problemas de uso de substâncias e problemas do comportamento nos adolescentes.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A *Cannabis* é, provavelmente, a substância ilícita mais comummente usada no mundo. Desconhece-se a ocorrência de perturbação de uso de *Cannabis* entre diferentes países, mas as taxas de prevalência são provavelmente semelhantes entre os países desenvolvidos. A *Cannabis* é frequente entre as primeiras drogas de experimentação (em geral durante a adolescência) de todos os grupos culturais dos EUA.

A aceitação da *Cannabis* para fins médicos varia muito entre culturas e também dentro delas. Os fatores culturais (aceitação e estatuto legal) que podem ter impacte no diagnóstico estão relacionados com diferentes consequências entre as culturas da deteção de uso (isto é, ser preso, suspensões escolares ou suspensões laborais). A alteração geral dos critérios de diagnóstico da perturbação de uso de substâncias do DSM-IV para o DSM-5 (ou seja, a remoção do critério de problemas legais recorrentes relacionados com as substâncias) atenua de alguma forma esta preocupação.

Marcadores de Diagnóstico

Os testes biológicos para os metabolitos canabinoides são úteis para determinar se um indivíduo usou *Cannabis* recentemente. Estes testes são úteis para efetuar diagnósticos, sobretudo em casos mais ligeiros quando um indivíduo nega o uso da substância, mas os outros (família, trabalho, escola) se mostram preocupados relativamente a um problema relacionado com o uso de substâncias. Pelo facto de os canabinoides serem lipossolúveis, estes persistem nos fluidos corporais durante períodos prolongados de tempo e são excretados lentamente. A especialização nos métodos de teste da urina é necessária para poder interpretar os resultados de forma fiável.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de *Cannabis*

As consequências funcionais da perturbação de uso de *Cannabis* fazem parte dos critérios de diagnóstico. Muitas áreas do funcionamento psicossocial, cognitivo e da saúde podem estar comprometidas em relação à perturbação de uso de *Cannabis*. A função cognitiva, e particularmente as funções executivas superiores, aparentam estar comprometidas nos utilizadores de *Cannabis*, sendo que esta relação aparenta ser dose-dependente (tanto de forma aguda como crónica). Isto pode contribuir para maiores dificuldades no trabalho ou na escola.

O uso de *Cannabis* tem sido relacionado com uma redução na atividade prossocial dirigida a um objetivo, que alguns rotularam de *síndrome amotivacional*, que se manifesta num desempenho escolar pobre e em problemas laborais. Estes problemas podem estar relacionados com a intoxicação e a recuperação dos efeitos da intoxicação. De forma semelhante, os problemas associados com as relações sociais são comummente relatados em indivíduos com perturbação de uso de *Cannabis*. Os acidentes devidos ao envolvimento de comportamentos potencialmente perigosos enquanto se está sob a sua influência (por exemplo, conduzir, desporto, atividades recreativas ou laborais) são também preocupantes. O fumo da *Cannabis* contém níveis elevados de compostos cancerígenos que colocam os utilizadores crónicos em risco de doenças respiratórias semelhantes às experimentadas pelos fumadores de tabaco. O uso crónico de *Cannabis* pode contribuir para o início ou exacerbação de muitas outras perturbações mentais. Em particular, tem havido uma preocupação crescente com o uso de *Cannabis* como fator causal na esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. O uso de *Cannabis* pode contribuir para o início de um episódio psicótico agudo, pode exacerbar alguns sintomas e pode afetar negativamente o tratamento de uma doença psicótica major.

Diagnóstico Diferencial

Uso não problemático de *Cannabis*. A distinção entre uso de *Cannabis* não problemático e perturbação de uso de *Cannabis* pode ser difícil de efetuar porque os problemas sociais, comportamentais ou psicológicos podem ser difíceis de atribuir à substância, sobretudo no contexto de uso de outras substâncias. Da mesma forma, a negação de uso pesado de *Cannabis* e a atribuição de que a *Cannabis* está relacionada com problemas substanciais, ou de que é causadora destes, são comuns entre indivíduos referenciados ao tratamento por terceiros (por exemplo, escola, família, empregador, sistema judicial criminal).

Outras perturbações mentais. A perturbação induzida por *Cannabis* pode ser caracterizada por sintomas (por exemplo, ansiedade) que se assemelham a perturbações mentais primárias (por exemplo, perturbação de ansiedade generalizada *versus* perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis*, com ansiedade generalizada, com início durante a intoxicação). O consumo crónico de *Cannabis* pode produzir uma falta de motivação que se assemelha à perturbação depressiva persistente (distimia). As reações adversas agudas à *Cannabis* devem ser distinguidas dos sintomas da perturbação de pânico, perturbação depressiva major, perturbação delirante, perturbação bipolar, ou esquizofrenia de tipo paranoide. O exame físico demonstra habitualmente uma pulsação aumentada e conjuntivite. O teste toxicológico da urina pode ser útil para efetuar o diagnóstico.

Comorbilidades

A *Cannabis* tem sido comummente considerada uma droga «de entrada» porque os indivíduos que usam muitas vezes a *Cannabis* têm uma probabilidade muito maior de, ao longo de toda a vida, usar as substâncias comummente consideradas mais perigosas, tais como opioides e cocaína, quando comparados com que não a usam. O uso de *Cannabis* e a perturbação de uso de *Cannabis* são altamente comórbidas de perturbações de uso de outras substâncias. As perturbações mentais comórbidas são frequentes na perturbação de uso de *Cannabis*. O uso de *Cannabis* tem sido associado a menor satisfação com a vida, aumento do tratamento e do internamento em saúde mental, bem como a maiores taxas de depressão, perturbações de ansiedade, tentativas de suicídio e perturbação do comportamento. Os indivíduos

com diagnóstico de perturbação de uso de *Cannabis* no último ano, ou ao longo da vida, têm grandes taxas de perturbação de uso de álcool (superior a 50%) e perturbação de uso de tabaco (53%). É provável que as taxas de perturbações de uso de outras substâncias também sejam elevadas em indivíduos com perturbação de uso de *Cannabis*. Entre os que procuram tratamento para a perturbação de uso de *Cannabis*, 74% relatam uso problemático de uma segunda ou terceira substância: álcool (40%), cocaína (12%), metanfetaminas (6%) e heroína ou outros opioides (2%). Entre os menores de 18 anos, 61% relatam uso problemático de uma segunda substância: álcool (48%), cocaína (4%), metanfetaminas (2%) e heroína e outros opioides (2%). A perturbação de uso de *Cannabis* é também frequentemente observada como um problema secundário entre os que têm diagnóstico primário de perturbação de uso de outra substância, com cerca de 25%-80% dos indivíduos em tratamento para uma perturbação de uso de outra substância a relatarem uso de *Cannabis*. Para além de perturbações de uso de substâncias, os indivíduos com diagnóstico de perturbação de uso de *Cannabis* no último ano ou ao longo da vida também têm taxas elevadas de perturbações mentais comórbidas. A perturbação depressiva major (11%), qualquer perturbação de ansiedade (24%) e a perturbação bipolar I (13%) são bastante frequentes nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de uso de *Cannabis* no último ano, tal como o são as perturbações antissocial (30%), obsessivo-compulsiva (19%) e paranoide (18%) da personalidade. Aproximadamente 33% dos adolescentes com perturbação de uso de *Cannabis* têm perturbações de interiorização (por exemplo, ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático) e 60% têm perturbações de exteriorização (por exemplo, perturbação do comportamento, perturbação de hiperatividade/défice de atenção).

Apesar de o uso de *Cannabis* poder ter impacte sobre múltiplos aspetos do funcionamento humano normal, incluindo os sistemas cardiovascular, imunitário, neuromuscular, ocular, reprodutor e respiratório, bem como no apetite e cognição/perceção, existem poucas condições médicas bem definidas que ocorrem concomitantemente com a perturbação de uso de *Cannabis*. Os efeitos da *Cannabis* mais significativos para a saúde envolvem o sistema respiratório e os fumadores crónicos de *Cannabis* exibem elevadas taxas de sintomas respiratórios de bronquite, produção de expetoração, falta de ar e sibilos.

Intoxicação por *Cannabis*

Critérios de Diagnóstico

A. Uso recente de *Cannabis*.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, défice da coordenação motora, euforia, ansiedade, sensação de lentificação do tempo, alterações do juízo crítico, isolamento social) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de *Cannabis*.

C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolvem nas 2 horas após o uso de *Cannabis*:
   1. Conjuntivite.
   2. Aumento do apetite.
   3. Boca seca.
   4. Taquicardia.

D. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especificar se:

Com alterações da perceção. Alucinações com teste da realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis que ocorrem na ausência de *delirium*.

Notas de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende da existência, ou não, de perturbação de uso de *Cannabis* comórbida e da existência, ou não, de alterações da perceção.

Para a intoxicação por *Cannabis*, sem alterações da perceção. Se existe uma perturbação de uso de *Cannabis* ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F12.129**, e se existe uma perturbação de uso de *Cannabis* moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F12.229**. Se não existe nenhuma perturbação de uso de *Cannabis* comórbida, então o código ICD-10-CM é **F12.929**.

Para a intoxicação por *Cannabis*, com alterações da perceção. Se existe uma perturbação de uso de *Cannabis* ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F12.122**, e se existe uma perturbação de uso de *Cannabis* moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F12.222**. Se não existe nenhuma perturbação de uso de *Cannabis* comórbida, então o código ICD-10-CM é **F12.922**.

Especificadores

Quando as alucinações ocorrem na ausência de teste da realidade intacto, deve ser considerado o diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substância/medicamento.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da intoxicação por *Cannabis* é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso de *Cannabis* (Critério B). A intoxicação inicia-se tipicamente com um sentimento de «euforia» seguido de sintomas que incluem euforia com riso inapropriado e grandiosidade, sedação, letargia, défices da memória a curto prazo, dificuldade em executar processos mentais complexos, compromisso do juízo crítico, distorção das perceções sensoriais, défices do desempenho motor e sensação de que o tempo está a passar devagar. Ocasionalmente ocorre ansiedade (que pode ser grave), disforia ou isolamento social. Estes efeitos psicoativos são acompanhados por 2 ou mais dos seguintes sinais, que se desenvolvem nas 2 horas após o uso de *Cannabis*: conjuntivite, aumento do apetite, boca seca e taquicardia (Critério C).

A intoxicação desenvolve-se em minutos se a *Cannabis* é fumada, mas pode demorar horas a desenvolver-se se a *Cannabis* for ingerida oralmente. Os efeitos permanecem em regra 3-4 horas, sendo a duração ligeiramente mais longa quando a substância é ingerida oralmente. A magnitude das alterações do comportamento e fisiológicas depende da dose, do método de administração e das características do indivíduo que usa a substância, tais como a velocidade de absorção, tolerância e sensibilidade aos efeitos da substância. Pelo facto de a maioria dos canabinoides, incluindo o delta-9-tetra-hidrocanabinol (delta-9-THC), ser lipossolúvel, os efeitos da *Cannabis* ou haxixe podem ocasionalmente persistir ou reaparecer por 12-24 horas devido à libertação lenta das substâncias psicoativas a partir do tecido adiposo ou para a circulação enteropática.

prevalência

A prevalência de verdadeiros episódios de intoxicação por *Cannabis* na população geral é desconhecida. Todavia, é provável que a maioria dos utilizadores de *Cannabis* possa ter preenchido os critérios para intoxicação por *Cannabis* em determinada altura. Assim sendo, é provável que a prevalência de utilizadores de *Cannabis* e a prevalência de indivíduos que experimentam intoxicação por *Cannabis* sejam semelhantes.

Consequências Funcionais da Intoxicação por *Cannabis*

Os défices pela intoxicação por *Cannabis* podem ter consequências graves, incluindo disfunções laborais ou escolares, indiscrições sociais, incapacidade para cumprir obrigações, acidentes de viação e ter sexo desprotegido. Em casos raros, a intoxicação por *Cannabis* pode precipitar uma psicose que pode ter uma duração variável.

Diagnóstico Diferencial

Note que se a apresentação clínica inclui alucinações na ausência de teste da realidade intacto, deve ser considerado o diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substância/ /medicamento.

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por *Cannabis* pode assemelhar-se à intoxicação por outros tipos de substâncias. No entanto, e contrastando com a intoxicação por *Cannabis*, a intoxicação por álcool e a intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos diminuem muitas vezes o apetite, aumentam o comportamento agressivo e produzem nistagmo ou ataxia. Os alucinogénios em baixas doses podem causar um quadro clínico que se assemelha à intoxicação por *Cannabis*. A fenciclidina, tal como a *Cannabis*, pode ser fumada e causa também alterações da perceção, mas a intoxicação por fenciclidina causa ataxia ou comportamento agressivo com muito maior probabilidade.

Outras perturbações induzidas por *Cannabis*. A intoxicação por *Cannabis* distingue-se de outras perturbações induzidas por *Cannabis* (por exemplo, perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis*, com início durante a intoxicação) pelo facto de os sintomas destas últimas perturbações serem na apresentação clínica suficientemente graves para necessitar de atenção clínica independente.

Abstinência de *Cannabis*

Critérios de Diagnóstico 292.0 (F12.288)

A. Cessação do uso de *Cannabis* que tem sido pesado e prolongado (isto é, uso diário ou quase diário por um período de pelo menos alguns meses).

B. Três (ou mais) dos seguintes sinais e sintomas desenvolvem-se em aproximadamente uma semana após o Critério A:
   1. Irritabilidade, raiva ou agressão.
   2. Nervosismo ou ansiedade.
   3. Dificuldades no sono (por exemplo, insónia, sonhos perturbadores).
   4. Diminuição do apetite ou perda de peso.
   5. Inquietação.
   6. Humor deprimido.

7. Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos causa desconforto significativo: dor abdominal, tremores, sudorese, febre, calafrios ou cefaleias.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.0**. O código ICD-10-CM para a abstinência de *Cannabis* é **F12.288**. Note que o código ICD-10-CM indica a presença comórbida de uma perturbação de uso de *Cannabis* moderada ou grave, refletindo o facto de a abstinência de *Cannabis* apenas poder ocorrer na presença de uma perturbação de uso de *Cannabis* moderada ou grave. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de *Cannabis* ligeira comórbida com abstinência de *Cannabis*.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da abstinência de *Cannabis* é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve após a cessação ou redução substancial do uso pesado e prolongado de *Cannabis*. Adicionalmente aos sintomas do Critério B, os seguintes também podem ser observados após a abstinência: cansaço, bocejo, dificuldade de concentração, períodos de *rebound* com aumento do apetite e hipersónia que sucedem aos períodos iniciais de perda de apetite e insónia. Para o diagnóstico, os sintomas de abstinência devem causar mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Muitos utilizadores de *Cannabis* relatam fumar *Cannabis* ou consumir outras substâncias para ajudar a aliviar os sintomas de abstinência e muitos relatam que os sintomas de abstinência tornam difícil a paragem ou que contribuem para a recaída. Os sintomas tipicamente não são de gravidade suficiente para necessitar de atenção clínica, mas as estratégias medicamentosas ou comportamentais podem ajudar a aliviar os sintomas e a melhorar o prognóstico naqueles que estão a tentar deixar de consumir *Cannabis*.

A abstinência de *Cannabis* é comummente observada em indivíduos que procuram tratamento para o uso de *Cannabis* tal como em utilizadores pesados de *Cannabis* que não estão à procura de tratamento. Até um terço dos indivíduos que usaram *Cannabis* regularmente durante algum período da sua vida relata ter experimentado abstinência de *Cannabis*. Entre os adultos e adolescentes a fazer tratamento ou utilizadores pesados de *Cannabis*, 50%-95% relatam abstinência de *Cannabis*. Estes achados indicam que a abstinência de *Cannabis* ocorre num subconjunto substancial de utilizadores regulares de *Cannabis* que tentam parar.

Desenvolvimento e Curso

Durante uma tentativa de paragem, desconhece-se a quantidade, duração e frequência necessárias de fumar *Cannabis* de modo a que se produza uma perturbação de abstinência associada. A maioria dos sintomas tem início nas primeiras 24-72 horas após a cessação, com o pico na primeira semana, e uma duração de aproximadamente 1-2 semanas. As dificuldades no sono podem durar mais de 30 dias. Nos adolescentes e adultos, a abstinência tende a ser mais frequente e grave, muito provavelmente porque estes usam a *Cannabis* de forma mais persistente e com maior frequência e quantidade.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. De forma mais provável, a prevalência e gravidade da abstinência de *Cannabis* são maiores nos utilizadores pesados de *Cannabis*, particularmente entre os que procuram tratamento para a perturbação de uso de *Cannabis*. A gravidade da abstinência também aparenta estar positivamente relacionada com a gravidade dos sintomas comórbidos de perturbações mentais.

Consequências Funcionais da Abstinência de *Cannabis*

Os utilizadores de *Cannabis* relatam usar *Cannabis* para aliviar os sintomas de abstinência, o que sugere que a abstinência pode contribuir para a expressão continuada da perturbação de uso de *Cannabis*. Resultados piores podem estar associados com maior abstinência. Uma proporção substancial de adultos e adolescentes sob tratamento para uma perturbação de uso de *Cannabis* moderada a grave reconhece sintomas de abstinência moderados a graves, sendo que muitos se queixam de que estes sintomas tornam a cessação mais difícil. Os utilizadores de *Cannabis* relatam ter recaídas de uso de *Cannabis* ou início de uso de outras drogas (por exemplo, tranquilizantes) para obter alívio dos sintomas de abstinência da *Cannabis*. Por fim, os indivíduos que vivem com utilizadores de *Cannabis* observam efeitos de abstinência significativos, o que sugere que tais sintomas são disruptivos para a vida diária.

Diagnóstico Diferencial

Pelo facto de muitos dos sintomas de abstinência de *Cannabis* serem também sintomas de síndromes de abstinência de outras substâncias ou sintomas de perturbações depressivas ou bipolares, uma avaliação cuidada deve focar-se em assegurar que os sintomas não são mais bem explicados pela cessação de outra substância (por exemplo, abstinência de tabaco ou de álcool), outra perturbação mental (perturbação de ansiedade generalizada, perturbação depressiva major) ou outra condição médica.

Outras Perturbações Induzidas por *Cannabis*

As seguintes perturbações induzidas por *Cannabis* são descritas noutros capítulos do manual em conjunto com perturbações com as quais partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substância/medicamento nesses capítulos): perturbação psicótica induzida por *Cannabis* («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação de ansiedade induzida por *Cannabis* («Perturbações de Ansiedade»); e perturbação do sono induzida por *Cannabis* («Perturbações do Sono-Vigília»). Para o *delirium* por intoxicação de *Cannabis*, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por *Cannabis* são diagnosticadas no lugar de intoxicação ou abstinência de *Cannabis* quando os sintomas são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com *Cannabis* Não Especificada

292.9 (F12.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam os sintomas característicos de uma perturbação relacionada com *Cannabis* que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com *Cannabis* específica, ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com Alucinogénios

Perturbação de Uso de Fenciclidina
Perturbação de Uso de Outros Alucinogénios
Intoxicação por Fenciclidina
Intoxicação por Outros Alucinogénios
Perturbação Persistente da Perceção Induzida por Alucinogénios
Outras Perturbações Induzidas por Fenciclidina
Outras Perturbações Induzidas por Alucinogénios
Perturbação Relacionada com Fenciclidina Não Especificada
Perturbação Relacionada com Alucinogénios Não Especificada

Perturbação de Uso de Fenciclidina

Critérios de Diagnóstico

A. Um padrão de uso de fenciclidina (ou outra substância farmacologicamente semelhante) que conduz a défices ou a mal-estar clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. A fenciclidina é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de fenciclidina.
   3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de fenciclidina, uso de fenciclidina ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de fenciclidina.
   5. Uso de fenciclidina continuado, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas do trabalho ou perda de produtividade laboral relacionadas com o uso de fenciclidina; ausências, suspensões

ou expulsões da escola relacionadas com fenciclidina; negligência dos filhos e negligência doméstica).

6. Uso de fenciclidina continuado, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados pelos efeitos da fenciclidina (por exemplo, discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação; agressões físicas).
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de fenciclidina.
8. Uso de fenciclidina recorrente em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, condução de um automóvel ou a operar máquinas enquanto está incapacitado pela fenciclidina).
9. O uso de fenciclidina é continuado apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente foi causado ou exacerbado pela fenciclidina.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
    a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de fenciclidina para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de fenciclidina.

Nota. Os sintomas e sinais de abstinência não estão estabelecidos para a fenciclidina, pelo que este critério não se aplica. (A abstinência de fenciclidina foi relatado em animais, mas não foi documentado em utilizadores humanos.)

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de fenciclidina, nenhum critério para perturbação de uso de fenciclidina foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de fenciclidina» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de fenciclidina, nenhum critério para perturbação de uso de fenciclidina foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de fenciclidina» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a fenciclidina é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por fenciclidina, ou outra perturbação mental induzida por fenciclidina, estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de fenciclidina. Em vez deles, a perturbação de uso de fenciclidina comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por fenciclidina (ver a nota de codificação para a intoxicação por fenciclidina ou uma perturbação mental específica induzida por fenciclidina). Por exemplo, se existir uma perturbação psicótica comórbida induzida por fenciclidina, apenas é atribuído o código para perturbação psicótica induzida por fenciclidina, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de fenciclidina comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F16.159** para perturbação de uso de fenciclidina ligeira associada a perturbação psicótica induzida por fenciclidina, ou **F16.259** para perturbação de uso de fenciclidina moderada ou grave associada a perturbação psicótica induzida por fenciclidina.

Especificar gravidade atual:

305.90 (F16.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

304.60 (F16.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.60 (F16.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Características de Diagnóstico

As fenciclidinas (ou substâncias de tipo fenciclidina) incluem a fenciclidina (por exemplo, PCP, pó-de-anjo) e compostos menos potentes, mas de ação semelhante, tais como cetamina, ciclo-hexamina e dizocilpina. Estas substâncias foram inicialmente desenvolvidas como anestésicos dissociativos nos anos de 1950 e tornaram-se drogas de rua nos anos de 1960. Produzem sensações de separação da mente e do corpo (daí serem «dissociativas») em baixas doses e, em doses altas, podem resultar em estupor e coma. Estas substâncias são mais frequentemente fumadas ou consumidas oralmente, mas podem também ser aspiradas ou injetadas. Apesar de os efeitos psicoativos primários da PCP durarem 5 horas, a taxa total de eliminação desta droga do corpo estende-se tipicamente por 8 ou mais dias. Em indivíduos vulneráveis, os efeitos alucinogénios podem durar semanas e precipitar um episódio psicótico persistente que se assemelha à esquizofrenia. Verificou-se que a cetamina tem utilidade no tratamento da perturbação depressiva major. Os sintomas de abstinência não foram claramente estabelecidos em humanos, pelo que o critério de abstinência não está incluído no diagnóstico de perturbação de uso de fenciclidina.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A fenciclidina pode ser detetada na urina por 8 dias, ou mesmo mais se em doses muito altas. Para além dos testes laboratoriais para detetar a sua presença, os sintomas característicos resultantes da intoxicação por fenciclidina ou substâncias relacionadas podem auxiliar no seu diagnóstico. É provável que a fenciclidina produza sintomas dissociativos, analgesia, nistagmo e hipertensão, com risco de hipotensão e choque. O comportamento violento também pode ocorrer com o uso de fenciclidina, pelo facto de os indivíduos intoxicados poderem acreditar estarem a ser atacados. Os sintomas residuais que se seguem ao consumo podem assemelhar-se a esquizofrenia.

Prevalência

A prevalência da perturbação de uso de fenciclidina é desconhecida. Cerca de 2,5% da população relata ter em algum momento usado fenciclidina. A proporção de utilizadores que relata ter em algum momento usado fenciclidina aumenta com a idade, desde 0,3% nos indivíduos entre os 12 e os 17 anos, 1,3% nos indivíduos entre os 18 e os 25 anos e 2,9% nos indivíduos com 26 ou mais anos. Parece ter havido um aumento do uso de fenciclidina entre os estudantes do 12.º ano quer nos que já a usaram (de 1,8% para 2,3%) quer nos que a usaram no último ano (de 1,0% para 1,3%). A utilização no último ano de cetamina entre alunos do 12.º ano parece relativamente estável (1,6%-1,7% ao longo dos 3 últimos anos).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Existe pouca informação sobre os fatores de risco para a perturbação de uso de fenciclidina. Entre os indivíduos internados para tratamento de abuso de substância, aqueles para

quem a fenciclidina foi a substância primária eram mais jovens do que os admitidos por uso de outras substâncias, tinham níveis de escolarização mais baixos e eram mais propensos a estar localizados nas regiões oeste e nordeste dos EUA, quando comparados com outros internamentos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O uso de cetamina em idades jovens de 16-23 anos foi relatado como sendo mais comum entre brancos (0,5%) do que entre outros grupos étnicos (intervalo de 0%-0,3%). Entre os indivíduos internados para tratamento de abuso de substâncias, aqueles para quem a fenciclidina foi a substância primária eram predominantemente negros (49%) ou hispânicos (29%).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

O sexo masculino representa cerca de três quartos das pessoas com idas ao serviço de urgência relacionadas com fenciclidina.

Marcadores de Diagnóstico

Os testes de laboratório podem ser úteis pelo facto de a fenciclidina estar presente na urina de indivíduos intoxicados até 8 dias depois da ingestão. A história do indivíduo juntamente com certos sinais físicos, tais como nistagmo, analgesia e hipertensão proeminente, podem ajudar a distinguir o quadro clínico da fenciclidina do de outros alucinogénios.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Fenciclidina

Nos indivíduos com perturbação de uso de fenciclidina pode existir evidência física de lesões derivadas de acidentes, lutas e quedas. O uso crónico de fenciclidina pode levar a défices na memória, discurso e cognição, que podem durar meses. As toxicidades cardiovascular e neurológica (por exemplo, convulsões, distonias, discinesias, catalepsia, hipotermia ou hipertermia) podem ser resultantes da intoxicação por fenciclidina. Outras consequências podem incluir hemorragia intracraniana, rabdomiólise, problemas respiratórios e (ocasionalmente) paragem cardíaca.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de uso de outras substâncias. A distinção dos efeitos da fenciclidina dos de outras substâncias é importante, uma vez que podem comummente ser aditivas a outras substâncias (por exemplo, *Cannabis*, cocaína).

Esquizofrenia e outras perturbações mentais. Alguns dos efeitos do uso de fenciclidina e de substâncias relacionadas podem assemelhar-se aos sintomas de outras perturbações psiquiátricas, tais como psicose (esquizofrenia), humor deprimido (perturbação depressiva major), comportamentos agressivos violentos (perturbação do comportamento, perturbação antissocial da personalidade). Perceber se estes comportamentos ocorreram antes da ingestão da substância é importante na distinção entre os efeitos agudos da droga e os sintomas de uma perturbação mental preexistente. Deve ser tida em consideração a perturbação psicótica induzida por fenciclidina quando existe um compromisso do teste da realidade em indivíduos que experimentaram alterações da perceção em resultado da ingestão de fenciclidina.

Perturbação de Uso de Outros Alucinogénios

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de alucinogénios (que não a fenciclidina) que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos por 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:

1. O alucinogénio é com frequência consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de alucinogénios.
3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de alucinogénios, uso de alucinogénios ou a recuperar dos seus efeitos.
4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de alucinogénios.
5. Uso recorrente de alucinogénios, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas do trabalho ou perda de produtividade laboral relacionadas com o uso de alucinogénios; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas com alucinogénios; negligência dos filhos e negligência doméstica).
6. Uso de alucinogénios continuado, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos do alucinogénio (por exemplo, discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação; agressões físicas).
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de alucinogénios.
8. Uso de alucinogénios recorrente em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, condução de um automóvel ou a operar máquinas enquanto está incapacitado pelos alucinogénios).
9. O uso de alucinogénios é continuado apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente foi causado ou exacerbado pelos alucinogénios.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
    a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de alucinogénios para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de alucinogénios.

Nota. Os sintomas e sinais de abstinência não estão estabelecidos para os alucinogénios, pelo que este critério não se aplica.

Especificar **o alucinogénio em particular**.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de alucinogénios, nenhum critério para perturbação de uso de alucinogénios foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de alucinogénios» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de alucinogénios, nenhum critério para perturbação de uso de alucinogénios foi

preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de alucinogénios» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a alucinogénios é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por alucinogénios ou outra perturbação mental induzida por alucinogénios estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de alucinogénios. Em vez deles, a perturbação de uso de alucinogénios comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por alucinogénios (ver a nota de codificação para a intoxicação por alucinogénios ou uma perturbação mental específica induzida por alucinogénios). Por exemplo, se existir uma perturbação psicótica comórbida induzida por alucinogénios, apenas é atribuído o código para perturbação psicótica induzida por alucinogénios, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de alucinogénios comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F16.159** para perturbação de uso de alucinogénios ligeira associada a perturbação psicótica induzida por alucinogénios, ou **F16.259** para perturbação de uso de alucinogénios moderada ou grave associada a perturbação psicótica induzida por alucinogénios.

Especificar gravidade atual:

305.30 (F16.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

304.50 (F16.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.50 (F16.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Características de Diagnóstico

Os alucinogénios incluem um grupo diverso de substâncias que, apesar de terem estruturas químicas diferentes e de poderem envolver mecanismos moleculares diferentes, produzem alterações semelhantes da perceção, humor e cognição nos utilizadores. Os alucinogénios incluídos são as fenilalquilaminas (por exemplo, mescalina, DOM [2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina] e MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina; também chamada *ecstasy*]; as indolaminas, incluindo psilocibina (isto é, psilocina) e dimetiltriptamina (DMT); e as ergolinas, tais como o LSD (dietilamida do ácido lisérgico) e sementes de glória-da-manhã. Adicionalmente, diversos outros compostos etnobotânicos são classificados como «alucinogénios», entre os quais a *Salvia divinorum* e *Datura stramonium* (trombeta) são dois exemplos. Excluídos do grupo dos alucinogénios estão a *Cannabis* e os seus compostos ativos, delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC) (ver a secção «Perturbações Relacionadas com *Cannabis*»). Estas substâncias podem ter efeitos alucinogénios, mas são diagnosticados separadamente devido às diferenças significativas dos seus efeitos psicológicos e comportamentais.

Os alucinogénios são em regra consumidos por via oral, apesar de algumas formas serem fumadas (por exemplo, DMT, *Salvia*) ou (raramente) consumidas por via intranasal ou por inje-

ção (por exemplo, *ecstasy*). A duração dos efeitos varia entre os vários tipos de alucinogénios. Algumas destas substâncias (isto é, LSD, MDMA) têm um tempo de semivida longo e uma duração prolongada de forma que os utilizadores podem dispensar horas a dias a usar e/ou a recuperar dos efeitos destas drogas. Todavia, outras drogas alucinogénias (por exemplo, DMT, *Salvia*) são de ação curta. A tolerância aos alucinogénios desenvolve-se com o uso repetido e foi relatado como tendo efeitos quer autonómicos quer psicológicos. A tolerância cruzada existe entre o LSD e outros alucinogénios (por exemplo, psilocibina, mescalina), mas não se estende a outras categorias de drogas, tais como anfetaminas e *Cannabis*.

O MDMA/*ecstasy* como alucinogénio pode ter efeitos distintos atribuíveis tanto às suas propriedades alucinogénias como estimulantes. Entre os utilizadores pesados de *ecstasy*, o uso continuado apesar de saber da existência de problemas físicos ou psicológicos, tolerância, uso perigoso e dispensa de uma grande quantidade de tempo na obtenção da substância são os critérios mais comummente relatados – mais de 50% dos adultos e mais de 30% numa amostra mais jovem, enquanto os problemas legais relacionados com o uso da substância e o desejo/incapacidade persistentes de parar raramente são relatados. Tal como se verifica noutras substâncias, os critérios de diagnóstico para perturbações de uso de substâncias estão dispostos ao longo de um contínuo único de gravidade.

Um dos critérios genéricos para as perturbações de uso de substâncias, uma síndrome de abstinência clinicamente significativa, não foi consistentemente documentada em humanos, pelo que o diagnóstico de síndrome de abstinência de alucinogénios não está incluído no DSM-5. Todavia, existe evidência de abstinência de MDMA, sendo observados 2 ou mais sintomas de abstinência em 59%-98% de amostras selecionadas de utilizadores de *ecstasy*. Quer problemas psicológicos quer físicos têm sido comummente relatados como problemas de abstinência.

Características de Diagnóstico Que Suportam o Diagnóstico

As características sintomáticas essenciais de alguns dos alucinogénios podem ajudar no diagnóstico se os resultados da toxicologia da urina ou do sangue não estiverem disponíveis. Por exemplo, os indivíduos que usam LSD tendem a experimentar alucinações visuais que podem ser assustadoras. Os indivíduos intoxicados com alucinogénios podem apresentar um aumento temporário da suicidalidade.

Prevalência

De todas as perturbações de uso de substâncias, a perturbação de uso de outros alucinogénios é uma das mais raras. Nos EUA, a prevalência a 12 meses é estimada em 0,5% entre os 12 e os 17 anos e em 0,1% entre os adultos com 18 ou mais anos. As taxas são mais elevadas em indivíduos do sexo masculino adultos (0,2%) comparativamente com os do sexo feminino (0,1%), embora se observe o contrário em amostras de adolescentes com idade de 12-17 anos, nas quais a taxa a 12 meses é ligeiramente mais elevada no sexo feminino (0,6%) do que no sexo masculino (0,4%). As taxas são mais elevadas em indivíduos com menos de 30 anos, ocorrendo um pico em indivíduos com 18-29 anos (0,6%) e uma diminuição para virtualmente 0,0% nos indivíduos com 45 ou mais anos.

Existem diferenças étnicas marcadas na prevalência a 12 meses da perturbação de uso de outros alucinogénios. Entre os jovens com idades de 12-17 anos, a prevalência a 12 meses é mais elevada em americanos nativos e nativos do Alasca (1,2%) do que em hispânicos (0,6%), brancos (0,6%), afro-americanos (0,2%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico

(0,2%). Nos adultos, a prevalência a 12 meses de perturbação de uso de outros alucinogénios é semelhante à dos americanos nativos e nativos do Alasca, brancos e hispânicos (todos 0,2%), mas um pouco menor para os asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,07%) e para os afro-americanos (0,03%). A prevalência no último ano é mais elevada em amostras clínicas (por exemplo, 19% dos adolescentes em tratamento). Na população geral, entre os indivíduos que usam atualmente alucinogénios, 7,8% (adultos) a 17% (adolescentes) tiveram um padrão problemático de uso que cumpriu os critérios para perturbação de uso de alucinogénios no último ano. Em grupos selecionados de indivíduos que usam alucinogénios (por exemplo, uso pesado de *ecstasy* recente), 73,5% dos adultos e 77% dos adolescentes têm um padrão problemático de uso que pode preencher os critérios para perturbação de uso de outro alucinogénios.

Desenvolvimento e Curso

Ao contrário da maioria das substâncias em que a idade de início precoce está associada ao aumento correspondente do risco para a perturbação de uso, não é claro que exista uma associação entre a idade de início precoce e o aumento do risco para perturbação de uso de outra substância. Todavia, verificou-se que os padrões de consumo da droga diferem pela idade de início, sendo que os utilizadores de *ecstasy* de início precoce são mais suscetíveis de se tornarem utilizadores de múltiplas drogas do que os utilizadores de início tardio. Pode existir uma influência desproporcional do uso de um alucinogénio específico no risco de desenvolver uma perturbação de uso de outros alucinogénios, sendo que o uso de *ecstasy*/MDMA aumenta o risco de perturbação relativa ao uso de outros alucinogénios.

Pouco se sabe acerca do curso das outras perturbações de uso de alucinogénios, mas em geral pensa-se que têm uma incidência baixa, baixa persistência e taxas elevadas de recuperação. Os adolescentes estão especialmente em risco para o uso destas drogas, estimando-se que 2,7% dos jovens com idades entre 12 e 17 anos usaram uma ou mais destas drogas nos últimos 12 meses, com 44% tendo utilizado *ecstasy*/MDMA. A perturbação de uso de outros alucinogénios é uma perturbação observada primariamente em indivíduos com menos de 30 anos, com taxas extremamente raras em adultos mais velhos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Nos adolescentes, mas não consistentemente em adultos, o uso de MDMA está associado com uma taxa mais elevada de perturbação de uso de outros alucinogénios. As perturbações de uso de outras substâncias, particularmente o álcool, tabaco e *Cannabis*, bem como a perturbação depressiva major estão associadas a taxas elevadas de outras perturbações de uso de substâncias. A perturbação antissocial da personalidade pode estar elevada em indivíduos que, além dos alucinogénios, usam mais 2 outras drogas, quando comparados com os seus homólogos com uma história de uso menos prolongada. A influência de comportamentos antissociais no adulto – mas não a perturbação do comportamento, nem a perturbação antissocial da personalidade – sobre a perturbação de uso de outros alucinogénios pode ser mais forte no sexo feminino do que no masculino. O uso de alucinogénios específicos (por exemplo, *Salvia*) é proeminente em indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 25 anos com outros comportamentos de risco e atividades ilegais. O uso de *Cannabis* também foi implicado como um precursor do início do uso de alucinogénios (por exemplo, *ecstasy*), juntamente com o uso precoce de álcool e tabaco. O uso mais elevado de

drogas pelos pares e a grande procura de sensações também foram associados a taxas elevadas de uso de *ecstasy*. O uso de MDMA/*ecstasy* parece significar um grupo mais grave de utilizadores de alucinogénios.

Genéticos e fisiológicos. Em gémeos do sexo masculino, a variação total devida à genética aditiva foi estimada entre os 26% e os 79%, com evidência inconsistente para influências ambientais partilhadas.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Historicamente, os alucinogénios foram usados para estabelecer práticas religiosas, tais como o uso de peiote na Igreja Nativa Americana e no México. O uso em rituais de psilocibina obtida de alguns tipos de cogumelos por populações indígenas ocorreu na América do Sul, México e nalgumas áreas dos EUA, enquanto o uso de *ayahuasca* (hoasca) nas seitas de Santo Daime e União de Vegetal. O uso regular de peiote como parte de rituais religiosos não está relacionado a défices neuropsicológicos ou psicológicos. Em adultos, não existem neste momento diferenças de raça ou de etnia para os critérios completos ou para qualquer critério individual.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Nos adolescentes, o sexo feminino pode ter uma probabilidade menor do que o masculino de se envolver num «uso perigoso», podendo o género feminino estar associado a uma maior probabilidade de perturbação de uso de outros alucinogénios.

Marcadores de Diagnóstico

Os testes laboratoriais podem ser úteis na distinção entre os diferentes alucinogénios. Todavia, pelo facto de alguns agentes (por exemplo, LSD) serem tão potentes que quantidades tão pequenas quanto 75 microgramas podem produzir reações graves, as avaliações toxicológicas típicas nem sempre poderão revelar qual a substância que foi usada.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Outros Alucinogénios

Existe evidência dos efeitos neurológicos a longo prazo do uso de MDMA/*ecstasy*, incluindo défices da memória, do funcionamento psicológico e da função neuroendócrina; disfunção do sistema serotoninérgico; alterações do sono; bem como de efeitos adversos na microvascularização cerebral, maturação da substância branca e lesão dos axónios. O uso de MDMA/*ecstasy* pode diminuir a conectividade funcional entre as regiões cerebrais.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de uso de outras substâncias. Os efeitos dos alucinogénios devem ser distinguidos dos de outras substâncias (por exemplo, anfetaminas), especialmente pelo facto de a contaminação dos alucinogénios com outras drogas ser relativamente comum.

Esquizofrenia. A esquizofrenia também deve ser descartada, pelo facto de alguns indivíduos afetados (por exemplo, indivíduos com esquizofrenia que apresentam paranoia) poderem erradamente atribuir os sintomas ao uso de alucinogénios.

Outras perturbações mentais ou condições médicas. Outras perturbações ou condições potenciais a considerar incluem a perturbação de pânico, perturbações depressiva e bipolar,

abstinência de álcool ou de sedativos, hipoglicemia e outras condições metabólicas, perturbações convulsivas, acidente vascular cerebral, perturbação oftalmológica e tumores do sistema nervoso central. Uma história cuidada de consumo de droga, relatos colaterais da família e de amigos (se possível), idade, história clínica, exame físico e relatórios toxicológicos podem ser úteis para chegar a uma decisão de diagnóstico final.

Comorbilidades

Os adolescentes que usam MDMA/*ecstasy* e outros alucinogénios, tal como os adultos que usaram recentemente *ecstasy*, apresentam uma prevalência mais elevada de perturbações de uso de outras substâncias, comparativamente com os utilizadores de substâncias não alucinogénias. Os indivíduos que usam alucinogénios apresentam mais perturbações mentais não relacionadas com substâncias (sobretudo perturbações de ansiedade, depressivas e bipolares), particularmente com o uso de *ecstasy* e de *Salvia*. As taxas de perturbação antissocial da personalidade (mas não de perturbação do comportamento) estão significativamente elevadas nos indivíduos com perturbação de uso de outros alucinogénios, tal como o estão as taxas de comportamento antissocial do adulto. Todavia, não é claro se as doenças mentais podem ser precursoras, em vez de consequências, de perturbação de uso de alucinogénios (ver a secção «Fatores de Risco e de Prognóstico» para esta perturbação). Quer os adultos quer os adolescentes que usam *ecstasy* têm uma probabilidade maior do que os utilizadores de outras drogas de serem utilizadores de múltiplas drogas e de terem perturbações de uso de outras drogas.

Intoxicação por Fenciclidina

Critérios de Diagnóstico

A. Uso recente de fenciclidina (ou de uma substância farmacologicamente semelhante).

B. Alterações comportamentais problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, beligerância, agressividade, impulsividade, imprevisibilidade, agitação psicomotora, compromisso do juízo crítico) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de fenciclidina.

C. Em 1 hora, 2 (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
   Nota. Quando a droga é fumada, «snifada» ou usada por via endovenosa, o início pode ser particularmente rápido.
   1. Nistagmo vertical ou horizontal.
   2. Hipertensão ou taquicardia.
   3. Entorpecimento ou diminuição da resposta à dor.
   4. Ataxia.
   5. Disartria.
   6. Rigidez muscular.
   7. Convulsões ou coma.
   8. Hiperacusia.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende de se existe perturbação de uso de fenciclidina comórbida. Se uma perturbação de uso de fenciclidina ligeira é

comórbida, o código ICD-10-CM é **F16.129**, e se uma perturbação de uso de fenciclidina moderada ou grave é comórbida, o código ICD-10-CM é **F16.229**. Se não existe uma perturbação de uso de fenciclidina, então o código ICD-10-CM é **F16.929**.

Nota. Para além da secção «Consequências Funcionais da Intoxicação por Fenciclidina», ver a secção correspondente na perturbação de uso de fenciclidina.

Características de Diagnóstico

A intoxicação por fenciclidina mostra as alterações comportamentais clinicamente significativas que ocorrem pouco tempo depois da ingestão desta substância (ou de uma substância farmacologicamente semelhante). As apresentações clínicas mais frequentes de intoxicação por fenciclidina incluem desorientação, confusão sem alucinações, alucinações ou delírios, uma síndrome tipo catatónica e coma de gravidade variável. A intoxicação dura tipicamente várias horas mas, dependendo do tipo de apresentação clínica e se foram consumidas outras drogas para além de fenciclidina, pode durar vários dias ou períodos mais longos.

Prevalência

O uso de fenciclidina ou de substâncias relacionadas pode ser considerado como uma estimativa da prevalência de intoxicação. Aproximadamente 2,5% da população relata ter usado fenciclidina em algum momento. Entre os estudantes do ensino secundário, 2,3% dos alunos do 12.º ano relatam ter usado fenciclidina em algum momento, sendo que 57% a usaram nos últimos 12 meses. Isto representa um aumento relativamente ao período anterior a 2011. O uso de cetamina no último ano, cuja avaliação se faz em separado relativamente a outras substâncias, permaneceu estável ao longo do tempo, com cerca de 1,7% dos alunos do 12.º ano a referirem o seu uso.

Marcadores de Diagnóstico

Os testes laboratoriais podem ser úteis, porque a fenciclidina é detetável na urina até 8 dias após o seu uso, apesar de os níveis estarem apenas fracamente associados com a apresentação clínica de um indivíduo e daí não ser útil para a gestão do caso. Os níveis de creatinina fosfoquinase e de aspartato aminotransferase podem estar elevados.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Fenciclidina

A intoxicação por fenciclidina produz grande toxicidade cardiovascular e neurológica (por exemplo, convulsões, distonias, discinesias, catalepsia, hipotermia e hipertermia).

Diagnóstico Diferencial

Em particular, na ausência de teste da realidade intacto (isto é, sem *insight* em relação a qualquer anomalia percetiva), deve ser considerado um diagnóstico adicional de perturbação psicótica induzida por fenciclidina.

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por fenciclidina deve ser distinguida da intoxicação devida a outras substâncias, incluindo outros alucinogénios; anfetaminas, cocaína ou outros estimulantes; e anticolinérgicos, tais como a abstinência de benzodiazepinas. Nistagmo e comportamento violento bizarro podem distinguir a intoxicação devida a fenciclidina da devida a outras substâncias. Os testes toxicológicos podem ser úteis para efetuar esta distinção

pelo facto de a fenciclidina ser detetável na urina até 8 dias após o seu uso. Todavia, existe uma correlação fraca entre os níveis toxicológicos quantitativos de fenciclidina e a apresentação clínica que diminui a utilidade dos achados laboratoriais para a gestão dos doentes.

Outras condições. Devem ser consideradas outras condições incluindo a esquizofrenia, depressão, abstinência de outras drogas (por exemplo, sedativos, álcool), algumas perturbações metabólicas, como hipoglicemia e hiponatremia, tumores do sistema nervoso central, perturbações convulsivas, sépsis, síndrome maligna dos neurolépticos e lesões vasculares.

Intoxicação por Outros Alucinogénios

Critérios de Diagnóstico

A. Uso recente de um alucinogénio (que não a fenciclidina).
B. Alterações comportamentais e psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, ansiedade e depressão acentuadas, ideias de referência, medo de «perder a cabeça», ideação paranoide, compromisso do juízo critico) que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso de alucinogénios.
C. Alterações da perceção que ocorrem num estado de vigília e alerta completos (por exemplo intensificação subjetiva das perceções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestesias) que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso de alucinogénios.
D. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvem-se durante ou pouco tempo depois do uso de alucinogénios:
   1. Dilatação pupilar.
   2. Taquicardia.
   3. Sudação.
   4. Palpitações.
   5. Visão turva.
   6. Tremores.
   7. Descoordenação.
E. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende da existência de perturbação de uso de alucinogénios comórbida. Se uma perturbação de uso de alucinogénios ligeira é comórbida, o código ICD-10-CM é **F16.129**, e se uma perturbação de uso de alucinogénios moderada ou grave é comórbida, o código ICD-10-CM é **F16.229**. Se não existe nenhuma perturbação de uso de alucinogénios comórbida, então o código ICD-10-CM é **F16.929**.

Nota. Para informações acerca das Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico e Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura, ver as secções correspondentes na perturbação de uso de outros alucinogénios.

Características de Diagnóstico

A intoxicação por outros alucinogénios mostra as alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que ocorrem pouco depois da ingestão de um alucinogénio. Dependendo do alucinogénio específico, a intoxicação pode durar apenas alguns minutos

(por exemplo, para a *Salvia*), ou várias horas ou mais (por exemplo, para LSD [dietilamida do ácido lisérgico] ou MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina]).

Prevalência

A prevalência de intoxicação por outros alucinogénios pode ser estimada através do uso dessas substâncias. Nos EUA, 1,8% dos indivíduos com 12 ou mais anos relatam ter usado alucinogénios no último ano. O uso é mais prevalente entre os indivíduos mais jovens, verificando-se uso de alucinogénios no último ano em 3,1% dos indivíduos entre os 12 e os 17 anos e 7,1% entre os 18 e os 25 anos, comparativamente com apenas 0,7% em indivíduos com 26 ou mais anos. A prevalência a 12 meses para o uso de alucinogénios é mais comum no sexo masculino (2,4%) do que no feminino (1,2%), sendo ainda maior entre os 18 e os 25 anos (9,2% para o sexo masculino *versus* 5,0% para o feminino). Em contraste, nos indivíduos com idades entre 12 e 17 anos, não existem diferenças de género (3,1% para ambos os géneros). Estes números podem ser usados como estimativas aproximadas para as diferenças relacionadas com o género na prevalência de intoxicação por outros alucinogénios.

Risco de Suicídio

A intoxicação por outros alucinogénios pode levar a um aumento da suicidalidade, apesar de o suicídio ser raro entre os utilizadores de alucinogénios.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Outros Alucinogénios

A intoxicação por outros alucinogénios pode ter consequências graves. As alterações da perceção e o compromisso do juízo critico associados à intoxicação por outros alucinogénios pode resultar em lesões e morte por acidente de viação, agressões físicas e autolesão involuntária (por exemplo, tentativas de «voar» a partir de locais elevados). Os fatores ambientais e a personalidade e expetativas do indivíduo que usa o alucinogénio podem contribuir para a natureza e gravidade da intoxicação. O uso continuado de alucinogénios, particularmente de MDMA, também foi relacionado com efeitos neurotóxicos.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por outros alucinogénios deve ser distinguida da intoxicação por anfetaminas, cocaína ou outros estimulantes; anticolinérgicos; inalantes; e fenciclidina. Os testes toxicológicos são utilizados para efetuar esta distinção e a determinação da via de administração também pode ser útil.

Outras condições. Outras perturbações e condições que devem ser consideradas incluem esquizofrenia, depressão, abstinência de outras drogas (por exemplo, sedativos, álcool), algumas perturbações metabólicas (por exemplo, hipoglicemia), perturbações convulsivas, tumores do sistema nervoso central e lesões vasculares.

Perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios. A intoxicação por outros alucinogénios distingue-se da perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios pelo facto de, nesta última, os sintomas continuarem, episódica ou continuamente, durante semanas (ou mais) depois da intoxicação mais recente.

Perturbações induzidas por outros alucinogénios. A intoxicação por outros alucinogénios distingue-se das perturbações induzidas por outros alucinogénios (por exemplo, perturbação

de ansiedade induzida por alucinogénios, com início durante a intoxicação) pelo facto de, nestas perturbações, os sintomas serem suficientemente graves e predominantes no quadro clínico para necessitar de atenção clínica independente.

Perturbação Persistente da Perceção Induzida por Alucinogénios

Critérios de Diagnóstico 292.89 (F16.983)

A. Depois da cessação do uso de alucinogénios, a reexperiência de um ou mais dos sintomas percetivos que foram experimentados durante a intoxicação com o alucinogénio (por exemplo, alucinações geométricas, falsas perceções de movimento nos campos visuais periféricos, *flashes* de cor, cores intensificadas, trilhos de imagens de objetos em movimento, imagens residuais positivas, halos à volta de objetos, macropsia e micropsia).

B. Os sintomas do Critério A causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica (por exemplo, lesões anatómicas e infeções do cérebro, epilepsias visuais) e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, *delirium*, perturbação neurocognitiva major, esquizofrenia) ou alucinações hipnopômpicas.

Características de Diagnóstico

A característica da perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios é a reexperiência, quando o indivíduo está sóbrio, de alterações percetivas que foram experienciadas enquanto o indivíduo estava intoxicado com o alucinogénio (Critério A). Os sintomas podem incluir quaisquer alterações percetivas, mas as alterações visuais tendem a ser predominantes. Típico das perceções visuais anormais são as alucinações geométricas, falsas perceções de movimento nos campos visuais periféricos, *flashes* de cor, cores intensificadas, trilhos de imagens de objetos em movimento (isto é, imagens que permanecem suspensas no trajeto de um objeto em movimento, tal como é observado na fotografia estroboscópica), perceções de objetos inteiros, imagens residuais positivas (isto é, uma «sombra» de um objeto da mesma cor ou de cor complementar depois da remoção do objeto), halos à volta de objetos ou má perceção de imagens como sendo demasiado grandes (macropsia) ou demasiado pequenas (micropsia). A duração das alterações visuais pode ser episódica ou praticamente contínua e deve causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério B). As perturbações podem durar semanas, meses ou anos. Outras explicações para as alterações (por exemplo, lesões cerebrais, psicose preexistente, perturbações convulsivas, enxaqueca com aura sem cefaleias) devem ser descartadas (Critério C).

A perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios ocorre primariamente depois do uso de LSD (dietilamida do ácido lisérgico), mas não exclusivamente. Não parece existir uma relação forte entre a perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios e o número de ocasiões de uso de alucinogénios, sendo que algumas circunstâncias de perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios ocorrem

em indivíduos com uma exposição mínima a alucinogénios. Algumas circunstâncias de perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios podem ser desencadeadas pelo uso de outras substâncias (por exemplo, *Cannabis* ou álcool) ou durante a adaptação a ambientes escuros.

Características de Diagnóstico Que Suportam o Diagnóstico

O teste da realidade permanece intacto em indivíduos com perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios (isto é, o indivíduo está consciente de que a alteração está relacionada com o efeito da droga). Se este não for o caso, outra perturbação poderá explicar melhor as perceções anormais.

Prevalência

As estimativas de prevalência de perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios são desconhecidas. As estimativas iniciais de prevalência da perturbação em indivíduos que usam alucinogénios é de cerca de 4,2%.

Desenvolvimento e Curso

Pouco se sabe acerca do desenvolvimento da perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios. O seu curso, tal como o seu nome sugere, é persistente, durando semanas, meses ou até anos em alguns indivíduos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Existe pouca evidência em relação aos fatores de risco para perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios, embora tenham sido sugeridos fatores genéticos como uma possível explicação para esta condição, sublinhando a suscetibilidade aos efeitos de LSD.

Consequências Funcionais da Perturbação Persistente da Perceção Induzida por Alucinogénios

Apesar de a perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios permanecer uma condição crónica nalguns casos, muitos indivíduos com a perturbação são capazes de suprimir as alterações e continuar a funcionar normalmente.

Diagnóstico Diferencial

As condições a descartar incluem a esquizofrenia, efeitos de outras drogas, perturbações neurodegenerativas, acidente vascular cerebral, tumores cerebrais, infeções e traumatismo craniano. Na perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios, os resultados neuroimagiológicos são tipicamente negativos. Tal como anteriormente referido, o teste da realidade permanece intacto (isto é, o indivíduo está consciente de que as perturbações estão relacionadas com os efeitos da droga). Se este não for o caso, outra perturbação (por exemplo, perturbação psicótica, outra condição médica) pode explicar melhor as perceções anormais.

Comorbilidades

As perturbações mentais comórbidas comuns que acompanham a perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios são a perturbação de pânico, perturbação de uso de álcool e a perturbação depressiva major.

Outras Perturbações Induzidas por Fenciclidina

As outras perturbações induzidas por fenciclidina são descritas noutros capítulos do manual com as perturbações com que partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos nesses capítulos): perturbação psicótica induzida por fenciclidina («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação bipolar induzida por fenciclidina («Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»); perturbação depressiva induzida por fenciclidina («Perturbações Depressivas»); e perturbação de ansiedade induzida por fenciclidina («Perturbações de Ansiedade»). Para o *delirium* induzido por intoxicação por fenciclidina, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por fenciclidina são diagnosticadas no lugar de intoxicação por fenciclidina apenas quando os sintomas são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Outras Perturbações Induzidas por Alucinogénios

As seguintes perturbações induzidas por alucinogénios são descritas noutros capítulos do manual com as perturbações com que partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos nesses capítulos): outras perturbações psicóticas induzidas por alucinogénios («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); outra perturbação bipolar induzida por alucinogénios («Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»); outra perturbação depressiva induzida por alucinogénios («Perturbações Depressivas»); e outra perturbação de ansiedade induzida por alucinogénios («Perturbações de Ansiedade»). Para o *delirium* por intoxicação por alucinogénios, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por alucinogénios são diagnosticadas no lugar de intoxicação por outros alucinogénios apenas quando os sintomas são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com Fenciclidina Não Especificada

292.9 (F16.99)

Esta categoria aplica-se às apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com fenciclidina que causa mal-estar clinicamente significativo e défices social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com fenciclidina específica ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbação Relacionada com Alucinogénios Não Especificada

292.9 (F16.99)

Esta categoria aplica-se às apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com alucinogénios que causa mal-estar clinicamente significativo e défices social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com alucinogénios específica ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com Inalantes

Perturbação de Uso de Inalantes
Intoxicação por Inalantes
Outra Perturbação Induzida por Inalantes
Perturbação Relacionada com Inalantes Não Especificada

Perturbação de Uso de Inalantes

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de inalantes à base de hidrocarbonetos que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. A substância inalante é muitas vezes consumida em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso da substância inalante.
   3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção da substância inalante, ao uso da substância inalante ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso da substância inalante.
   5. Uso recorrente da substância inalante, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa.
   6. Uso continuado da substância inalante, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos do seu uso.
   7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso da substância inalante.
   8. Uso recorrente da substância inalante em situações em que é fisicamente perigoso.
   9. O uso da substância inalante é continuado apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
    a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes da substância inalante para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância inalante.

Especificar **o inalante particular.** Quando possível, deve ser nomeada a substância particular envolvida (por exemplo, «perturbação de uso de solvente»).

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de inalantes, nenhum critério para perturbação de uso de inalantes foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de substância inalante» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de inalantes, nenhum critério para perturbação de uso de inalantes foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de substância inalante» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a substâncias inalantes é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por inalantes, ou outra perturbação mental induzida por inalantes estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de inalantes. Em vez deles, a perturbação de uso de inalantes comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por inalantes (ver a nota de codificação para a intoxicação por inalantes ou uma perturbação mental específica induzida por inalantes). Por exemplo, se existir uma perturbação depressiva comórbida induzida por inalantes, apenas é atribuído o código para perturbação depressiva induzida por inalantes, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de inalantes comórbida é ligeira, moderada, ou grave: **F18.14** para perturbação de uso de inalantes ligeira associada a perturbação depressiva induzida por inalantes, ou **F18.24** para perturbação de uso de inalantes moderada ou grave associada a perturbação depressiva induzida por inalantes.

Especificar a gravidade atual:

305.90 (F18.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

304.60 (F18.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.60 (F18.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

Este manual reconhece o uso de hidrocarbonetos voláteis que cumpram os critérios de diagnóstico acima para perturbação de uso de inalantes. Os hidrocarbonetos voláteis são gases tóxicos de colas, combustíveis, tintas e outros compostos voláteis. Quando possível, a substância particular envolvida deve ser nomeada (por exemplo, «perturbação de uso de tolueno»). Todavia, a maioria dos compostos que são inalados são uma mistura de várias substâncias que podem produzir efeitos psicoativos, pelo que, muitas vezes, é difícil assegurar qual é a substância exata responsável pela perturbação. A menos que exista evidência

clara de que uma única substância não misturada tenha sido usada, o termo geral inalante deve ser utilizado no registo do diagnóstico. As perturbações que resultam da inalação de óxido nítrico ou de amil-, butil- ou isobutilnitrito são consideradas perturbação de uso de outra substância (ou substância desconhecida).

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

A gravidade da perturbação de uso de inalantes de um indivíduo é avaliada pelo número de critérios de diagnóstico preenchidos. A mudança de gravidade da perturbação de uso de inalantes de um indivíduo ao longo do tempo é refletida por reduções na frequência (por exemplo, dias de uso por mês) e/ou dose usada (por exemplo, tubos de cola por dia), tal como é avaliado pelo autorrelato do indivíduo, registo de outros, observações do clínico e testes biológicos (quando práticos).

Características de Diagnóstico

As características da perturbação de uso de inalantes incluem o uso repetido da substância inalante apesar de o indivíduo saber que a substância lhe está a causar problemas graves (Critério A9). Esses problemas são refletidos nos critérios de diagnóstico.

O absentismo laboral ou escolar ou a incapacidade para executar as responsabilidades laborais ou escolares típicas (Critério A5), bem como o uso continuado da substância inalante apesar de este causar discussões com a família ou amigos, lutas e outros problemas sociais ou interpessoais (Critério A6), podem ser observados na perturbação de uso de inalantes. A limitação do contacto familiar, das obrigações laborais ou escolares, ou de atividades de lazer (por exemplo, desporto, jogos, *hobbies*) também pode ocorrer (Critério A7). É igualmente observado o uso de inalantes durante a condução ou a operar equipamentos perigosos (Critério A8).

A tolerância (Critério A10) e a abstinência ligeira são relatadas em cerca de 10% dos indivíduos que usam inalantes, sendo que alguns indivíduos usam inalantes para evitar a abstinência. Todavia, pelo facto de os sintomas de abstinência serem ligeiros, este manual não reconhece nem o diagnóstico de abstinência de inalantes nem considera as queixas de abstinência como um critério de diagnóstico para perturbação de uso de inalantes.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Um diagnóstico de perturbação de uso de inalantes é apoiado pelos episódios recorrentes de intoxicação com resultados negativos nos testes de despiste de drogas *standard* (que não detetam inalantes); posse, ou odor duradouro a substâncias inalantes; erupção perioral ou perinasal do «snifador de cola»; associação com outros indivíduos conhecidos que usam inalantes; adesão a grupos com uso prevalente de inalantes (por exemplo, algumas comunidades nativas ou aborígenes, crianças sem abrigo em gangues de rua); acesso fácil a algumas substâncias inalantes; posse de parafernália; presença de complicações médicas características da perturbação (por exemplo, patologia da substância branca cerebral, rabdomiólise); e presença de perturbações de uso de múltiplas substâncias. O uso de inalantes e a perturbação de uso de inalantes estão associadas a tentativas de suicídio passadas, especialmente nos adultos que relatam episódios prévios de humor deprimido e anedonia.

Prevalência

Cerca de 0,4% dos americanos com idades entre os 12 e os 17 anos têm um padrão de uso que cumpre os critérios para perturbação de uso de inalantes nos últimos 12 meses. Entre estes jovens, a prevalência é maior nos americanos nativos e menor nos afro-americanos. A prevalência cai para cerca de 0,1% entre os americanos com idades entre os 18 e os 29 anos e para apenas 0,02% quando são considerados todos os americanos com 18 ou mais anos, praticamente não existindo indivíduos do sexo feminino e havendo uma preponderância de americanos europeus. Naturalmente, em subgrupos isolados, a prevalência pode diferir destas taxas globais.

Desenvolvimento e Curso

Cerca de 10% das crianças americanas com 13 anos relatam ter usado inalantes pelo menos uma vez; esta percentagem permanece estável até aos 17 anos. Entre os indivíduos com 12 a 17 anos que usam inalantes, as substâncias mais usadas incluem cola, graxa de sapatos ou tolueno; gasolina ou líquido de isqueiros; ou tinta em *spray*.

Apenas 0,4% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos progridem para perturbação de uso de inalantes. Esses jovens tendem a exibir múltiplos outros problemas. O declínio da prevalência da perturbação de uso de inalantes após a adolescência indica que esta perturbação remite em regra no início da idade adulta.

A perturbação de uso de hidrocarbonetos voláteis é rara nas crianças pré-púberes; mais comum em adolescentes e adultos jovens e infrequente em pessoas mais idosas. As convocatórias para os centros de controlo de veneno para os «abusos intencionais» de inalantes atingem um pico com chamadas que envolvem indivíduos com 14 anos. Dos adolescentes que usam inalantes, provavelmente um quinto desenvolve perturbação de uso de inalantes; alguns morrem de acidentes relacionados com inalantes, «morte súbita do snifador». Mas a perturbação remite aparentemente em muitos indivíduos após a adolescência. A prevalência reduz-se dramaticamente em indivíduos na sua terceira década de vida. Os que apresentam perturbação de uso de inalantes até à vida adulta têm muitas vezes problemas graves: perturbações de uso de substâncias, perturbação antissocial da personalidade e ideação suicida com tentativas de suicídio.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os preditores da progressão da não utilização de inalantes até à perturbação de uso de inalantes incluem perturbações comórbidas de uso de substâncias não inalantes e/ou perturbação do comportamento ou perturbação antissocial da personalidade. Outros preditores são o início precoce de uso de inalantes e o uso prévio de serviços de saúde mental.

Ambientais. Os gases inalantes estão ampla e legalmente disponíveis, aumentando o risco de uso indevido. Os maus-tratos ou trauma na infância estão também associados a progressão juvenil da não utilização de inalantes para a perturbação de uso de inalantes.

Genéticos e fisiológicos. A *desinibição comportamental* é uma propensão geral com elevada hereditariedade de não constranger o comportamento em formas socialmente aceitáveis, para quebrar normas e regras sociais, bem como para aceitar riscos perigosos, perseguindo excessivamente as recompensas apesar dos perigos das consequências adversas. Os jovens com forte desinibição comportamental apresentam fatores de risco para a perturbação de uso de inalantes: início precoce de perturbação de uso de substância, envolvimento de múltiplas

substâncias e problemas de comportamento precoces. Pelo facto de a desinibição comportamental estar sob forte influência genética, os jovens em famílias com problemas de substâncias e antissociais apresentam um elevado risco de perturbação de uso de inalantes.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Algumas comunidades nativas ou aborígenes têm experienciado uma elevada prevalência de problemas com inalantes. Da mesma forma, em alguns países, grupos de crianças sem abrigo em gangues de rua têm grandes problemas com uso de inalantes.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Apesar de a prevalência da perturbação de uso de inalantes ser praticamente idêntica em adolescentes de ambos os géneros, a perturbação é muito rara em adultos do sexo feminino.

Marcadores de Diagnóstico

Testes de urina, sopro ou saliva podem ter um grande valor na avaliação do uso concomitante de substâncias não inalantes por indivíduos com perturbação de uso de inalantes. Todavia, problemas técnicos e os custos consideráveis das análises tornam impraticáveis a utilização frequente de testes biológicos para os inalantes.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Inalantes

Por causa da toxicidade inerente, o uso de butano ou propano é frequentemente fatal. Além disso, qualquer hidrocarboneto volátil inalado pode produzir «morte súbita do snifador» por arritmia cardíaca. As mortes podem ocorrer até numa primeira exposição a inalantes e não se pensa que estejam relacionadas com a dose. O uso de hidrocarbonetos voláteis compromete as funções neurocomportamentais e causa vários problemas neurológicos, gastrintestinais, cardiovasculares e pulmonares.

O uso a longo prazo de inalantes aumenta o risco de tuberculose, VIH/SIDA, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, bronquite, asma e sinusite. As mortes podem ocorrer por depressão respiratória, arritmias, asfixia, aspiração de vómito ou acidente e lesão.

Diagnóstico Diferencial

A exposição (não intencional) a inalantes industriais e outros acidentes. Esta designação é utilizada quando os achados sugerem exposição repetida ou continuada, embora o indivíduo envolvido e os outros informadores neguem história de uso propositado de inalante.

Uso (intencional) de inalante que não cumpre os critérios para perturbação de uso de inalantes. O uso de inalantes é comum nos adolescentes, mas para a maioria destes indivíduos, o uso de inalantes não cumpre, no último ano, o padrão de diagnóstico de 2 ou mais itens do Critério A para perturbação de uso de inalantes.

Intoxicação por inalantes que não cumpre os critérios para perturbação de uso de inalantes. A intoxicação por inalantes ocorre com frequência na perturbação de uso de inalantes, mas pode ocorrer também em indivíduos cujo uso não cumpre critérios para a perturbação de uso de inalantes que, no último ano, necessita de pelo menos 2 dos 10 critérios de diagnóstico.

Perturbações induzidas por inalantes (isto é, perturbação psicótica induzida por inalantes, perturbação depressiva, perturbação de ansiedade, perturbação neurocognitiva, outras perturbações induzidas por inalantes) que não cumprem os critérios para perturbação de uso de inalantes. Os critérios são cumpridos para perturbação psicótica, depressiva, de ansiedade ou neurocognitiva major, e existe evidência na história, exame físico ou achados laboratoriais de que os défices estão etiologicamente relacionados com os efeitos das substâncias inalantes. Contudo, os critérios para perturbação de uso de inalantes podem não ser cumpridos (isto é, menos de 2 dos 10 critérios estão presentes).

Outras perturbações de uso de substâncias, especialmente as que envolvem substâncias sedativas (por exemplo, álcool, benzodiazepinas, barbitúricos). A perturbação de uso de inalantes coocorre habitualmente com outras perturbações de uso de substâncias, podendo os sintomas das perturbações ser semelhantes ou estar sobrepostos. Por forma a distinguir os padrões de sintomas, é útil questionar quais foram os sintomas que persistiram durante os períodos em que algumas das substâncias não foram usadas.

Outras perturbações tóxicas, metabólicas, traumáticas, neoplásicas ou infeciosas que comprometem a função do sistema nervoso central ou periférico. Os indivíduos com perturbação de uso de inalantes podem apresentar sintomas de anemia perniciosa, degeneração subaguda da medula espinal, psicose, perturbação cognitiva major ou ligeira, atrofia cerebral, leucoencefalopatia e muitas outras perturbações do sistema nervoso. Evidentemente, estas perturbações também podem ocorrer na ausência de perturbação de uso de inalantes. Uma história com pouco ou nenhum uso de inalantes ajuda a excluir a perturbação de uso de inalantes como fonte desses problemas.

Perturbações de outros sistemas de órgãos. Os indivíduos com perturbação de uso de inalantes podem apresentar-se com sintomas de lesão hepática ou renal, rabdomiólise, meta-hemoglobinemia, ou sintomas de outras doenças gastrintestinais, cardiovasculares ou pulmonares. Uma história de pouco ou nenhum uso de inalantes ajuda a excluir a perturbação de uso de inalantes como fonte destes problemas médicos.

Comorbilidades

Os indivíduos com perturbação de uso de inalantes que se encontram a receber cuidados clínicos têm muitas vezes numerosas perturbações de uso de outras substâncias. A perturbação de uso de inalantes coocorre comummente com perturbação do comportamento do adolescente e perturbação antissocial da personalidade do adulto. O uso de inalantes no adulto e a perturbação de uso de inalantes estão fortemente associadas com ideação suicida e tentativas de suicídio.

Intoxicação por Inalantes

Critérios de Diagnóstico

A. Exposição recente, intencional ou não intencional e de curta duração, a dose elevada de substâncias inalantes, incluindo hidrocarbonetos voláteis tais como tolueno ou gasolina.

B. Alterações problemáticas e clinicamente significativas comportamentais ou psicológicas (por exemplo, beligerância, agressividade, apatia, compromisso do juízo critico) que se desenvolveram durante ou pouco depois da exposição a inalantes.

C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas desenvolvem-se durante ou pouco depois do uso ou exposição a inalante:
   1. Tonturas.
   2. Nistagmo.
   3. Descoordenação.
   4. Discurso arrastado.
   5. Marcha instável.
   6. Letargia.
   7. Diminuição dos reflexos.
   8. Lentificação psicomotora.
   9. Tremor.
   10. Fraqueza muscular generalizada.
   11. Visão turva ou diplopia.
   12. Estupor ou coma.
   13. Euforia.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende da existência de perturbação de uso de inalantes comórbida. Se uma perturbação de uso de inalantes ligeira é comórbida, o código ICD-10-CM é **F18.129**, e se a perturbação de uso de inalantes moderada ou grave é comórbida, o código ICD-10-CM é **F18.229**. Se não existe perturbação de uso de inalantes comórbida, então o código ICD-10-CM é **F18.929**.

Nota. Para informação acerca do Desenvolvimento e Curso, Fatores de Risco e de Prognóstico, Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura e Marcadores de Diagnóstico, ver as secções correspondentes na perturbação de uso de inalantes.

Características de Diagnóstico

A intoxicação por inalantes é uma perturbação mental clinicamente significativa relacionada com inalante que se desenvolve durante ou pouco depois da inalação, intencional ou não intencional, de uma substância de hidrocarboneto volátil. Os hidrocarbonetos voláteis são gases tóxicos de colas, combustíveis, tintas e de outros compostos voláteis. Quando possível, a substância particular envolvida deve ser nomeada (por exemplo, intoxicação por tolueno). Entre os que o fazem, a intoxicação desaparece entre poucos minutos a poucas horas depois de terminada a exposição. Assim, a intoxicação por inalantes ocorre frequentemente em episódios breves que podem recorrer.

Características Associadas que Suportam o Diagnóstico

A intoxicação por inalantes pode ser indicada pela evidência de posse ou odor duradouro a substâncias inalantes (por exemplo, cola, diluente, gasolina, butano de isqueiros); a intoxicação que ocorre aparentemente no espectro de idades em que a prevalência de uso de inalantes é mais elevada (12-17 anos); e intoxicação aparente com os resultados negativos nos testes de drogas *standard* que habitualmente não conseguem identificar os inalantes.

Prevalência

A prevalência de episódios atuais de intoxicação por inalantes na população geral é desconhecida, mas é provável que a maioria dos utilizadores de inalantes possa, a determinada altura, apresentar um uso que acabaria por cumprir os critérios para perturbação de intoxicação por inalantes. Consequentemente, as prevalências de uso de inalantes e de perturbação de intoxicação por inalantes são, provavelmente, semelhantes. Em 2009 e 2010, o uso de inalantes no último ano foi relatado em 0,8% de todos os americanos com mais de 12 anos; a prevalência era superior nos grupos de idades mais jovens (3,6% para indivíduos entre os 12 e os 17 anos e 1,7% para indivíduos entre os 18 e os 25 anos).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Desconhecem-se as diferenças de género na prevalência de intoxicação por inalantes na população geral. Todavia, se se assumir que a maioria dos utilizadores de inalantes experiencia, eventualmente, uma intoxicação por inalantes, as diferenças de género na prevalência de *utilizadores* de inalantes são provavelmente próximas das proporções de intoxicação por inalantes que indivíduos dos géneros masculino e feminino experienciam. Independentemente das diferenças de género nas prevalências de utilizadores de inalantes nos EUA, 1% dos indivíduos do sexo masculino com mais de 12 anos e 0,7% dos do sexo feminino com mais de 12 anos usaram inalantes no último ano, embora, nos grupos de idades mais jovens, haja mais indivíduos do sexo feminino do que masculino a usarem inalantes (por exemplo, entre os 12 e os 17 anos, 3,6% do sexo masculino e 4,2% do sexo feminino).

Consequências Funcionais da Intoxicação por Inalantes

O uso de substâncias inalantes num contentor fechado, tais como sacos de plástico na cabeça, podem levar a perda de consciência, anóxia e morte. Separadamente, a «morte súbita do snifador», provavelmente por arritmia ou paragem cardíaca, pode ocorrer com vários inalantes voláteis. A maior toxicidade de alguns inalantes voláteis, tais como o butano ou o propano, também causam fatalidades. Apesar de a intoxicação por inalantes ser, por si só, de curta duração, pode produzir problemas médicos e neurológicos persistentes, sobretudo se as intoxicações são frequentes.

Diagnóstico Diferencial

Exposição a inalante sem cumprir os critérios para perturbação de intoxicação por inalantes. O indivíduo inalou, intencional ou não intencionalmente, substâncias, mas em dose insuficiente para cumprir os critérios de diagnóstico para perturbação de uso de inalantes.

Intoxicação e outras perturbações induzidas por substâncias/medicamentos, especialmente substâncias sedativas (por exemplo, álcool, benzodiazepinas, barbitúricos). Estas perturbações podem ter sinais e sintomas semelhantes, mas a intoxicação é atribuível a outros produtos tóxicos que podem ser identificados através de rastreio toxicológico. A distinção da fonte de intoxicação pode envolver provas mais exigentes de exposição a inalante, tal como foi descrito para a perturbação de uso de inalantes. Um diagnóstico de intoxicação por inalantes pode ser sugerido pela posse, ou cheiro duradouro, de substâncias inalantes (por exemplo, cola, diluente, gasolina, butano de isqueiros); posse de parafernália (por exemplo, panos ou sacos para concentrar os vapores da cola); erupção perioral ou perinasal do «snifador de cola»; relatos da família ou de amigos de que o indivíduo

intoxicado possui ou usa inalantes; intoxicação aparente, apesar dos resultados negativos nos testes de rastreio *standard* (que habitualmente não conseguem identificar os inalantes); intoxicação aparente que ocorre na faixa etária com a maior prevalência de uso de inalantes (12-17 anos); associação a outras pessoas conhecidas que usam inalantes; adesão a determinadas pequenas comunidades com uso prevalente de inalantes (por exemplo, algumas comunidades nativas ou aborígenes, crianças e adolescentes sem-abrigo de rua); ou acesso pouco habitual a determinadas substâncias inalantes.

Outras perturbações relacionadas com inalantes. Episódios de intoxicação por inalantes que, apesar de não serem idênticas, ocorrem durante outras perturbações relacionadas com inalantes. Estas perturbações relacionadas com inalantes são reconhecidas pelos seus respetivos critérios de diagnóstico: perturbação de uso de inalantes, perturbação neurocognitiva induzida por inalantes, perturbação psicótica induzida por inalantes, perturbação depressiva induzida por inalantes, perturbação de ansiedade induzida por inalantes e outras perturbações induzidas por inalantes.

Outras perturbações tóxicas, metabólicas, traumáticas, neoplásicas ou infeciosas que comprometem a função e cognição cerebral. Numerosas condições neurológicas e médicas podem produzir as alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas (por exemplo, beligerância, agressividade, apatia, compromisso do juízo crítico) que caracterizam também a intoxicação por inalantes.

Outras Perturbações Induzidas por Inalantes

As seguintes perturbações induzidas por inalantes são descritas noutros capítulos do manual em conjunto com perturbações com as quais partilham fenomenologia (ver perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos nesses capítulos): perturbação psicótica induzida por inalantes («Perturbação do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação depressiva induzida por inalantes («Perturbações Depressivas»); perturbação de ansiedade induzida por inalantes («Perturbações de Ansiedade»); e perturbação neurocognitiva major ou ligeira induzida por inalantes («Perturbações Neurocognitivas»). Para o *delirium* por intoxicação por inalantes, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por inalantes são diagnosticadas no lugar de intoxicação por inalantes apenas quando os sintomas são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com Inalantes Não Especificada

292.9 (F18.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam os sintomas característicos de uma perturbação relacionada com inalante que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento, mas que não cumprem os critérios

completos para nenhuma perturbação relacionada com inalante específica, ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com Opioides

Perturbação de Uso de Opioides
Intoxicação por Opioides
Abstinência de Opioides
Outras Perturbações Induzidas por Opioides
Perturbação Relacionada com Opioides Não Especificada

Perturbação de Uso de Opioides

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de opioides que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. Os opioides são muitas vezes consumidos em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de opioides.
   3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de opioides, uso de opioides ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de opioides.
   5. Uso recorrente de opioides, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa.
   6. Uso continuado de opioides, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos dos opioides.
   7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de opioides.
   8. Uso recorrente de opioides em situações em que é fisicamente perigoso.
   9. O uso do opioide é continuado, apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente é causado ou exacerbado pelos opioides.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
      a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de um opioide.

      Nota. Este critério não se considera preenchido nos indivíduos que tomam opioides exclusivamente sob supervisão médica adequada.
   11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:
      a. Uma síndrome de abstinência característica de opioides (consulte os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de opioides, pp 657).

b. Os opioides (ou uma substância intimamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota. Este critério não se considera preenchido nos indivíduos que tomam opioides exclusivamente sob supervisão médica adequada.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de opioides, nenhum critério para perturbação de uso de opioides foi preenchido durante um mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de opioides» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de opioides, nenhum critério para perturbação de uso de opioides foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do critério A4 «*Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de opioides» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Sob terapêutica de manutenção. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo consome um medicamento agonista prescrito, tal como metadona ou buprenorfina, e não foi preenchido qualquer critério para perturbação de uso de opioides para essa classe de medicamento (exceto tolerância ou abstinência do agonista). Esta categoria também se aplica a indivíduos sob manutenção com um agonista parcial, um agonista/antagonista, ou um antagonista total, tal como naltrexona oral ou naltrexona *dépôt*.

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a opioides é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por opioides, abstinência de opioides ou outra perturbação mental induzida por opioides estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de opioides. Em vez deles, a perturbação de uso de opioides comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por opioides (ver a nota de codificação para a intoxicação por opioides, abstinência de opioides ou para uma perturbação mental específica induzida por opioides). Por exemplo, se existir perturbação depressiva comórbida induzida por opioides e perturbação de uso de opioides, apenas é atribuído o código para a perturbação depressiva induzida por opioides, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de opioides comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F11.14** para perturbação de uso de opioides ligeira com perturbação depressiva induzida por opioides, ou **F11.24** para perturbação de uso de opioides moderada ou grave com perturbação depressiva induzida por opioides.

Especificar a gravidade atual:

305.50 (F11.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

304.00 (F11.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.00 (F11.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

O especificador «sob terapêutica de manutenção» aplica-se se o indivíduo estiver em remissão e a receber terapêutica de manutenção. «Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Num indivíduo, as alterações da gravidade ao longo do tempo podem refletir-se também através de alterações na frequência (por exemplo, dias de uso por mês) e/ou dose (por exemplo, injeções ou número de comprimidos) de opioides, de acordo com a avaliação do autor-relato do indivíduo, relato de outras pessoas suas conhecidas, observações pelos clínicos e testes biológicos.

Características de Diagnóstico

A perturbação de uso de opioides inclui sinais e sintomas que refletem a autoadministração compulsiva e prolongada de substâncias opioides que não são usadas com qualquer propósito médico legítimo ou, se estiver presente outra condição médica que necessite de tratamento opioide, que são usadas em doses que excedem grandemente a quantidade necessária para essa condição médica. (Por exemplo, um indivíduo a quem são prescritos opioides analgésicos para alívio da dor em dose adequada utilizará doses significativamente maiores do que a prescrita e não apenas por causa de dor persistente.) Os indivíduos com perturbação de uso de opioides tendem a desenvolver padrões regulares de uso compulsivo da droga, de tal maneira que as atividades diárias são planeadas em torno da obtenção ou da administração de opioides. Os opioides são em regra comprados no mercado ilegal, mas também podem ser obtidos através de médicos pela falsificação ou exagero de problemas médicos gerais, ou recebendo prescrições simultâneas de vários médicos. Os profissionais de saúde com perturbação de uso de opioides obterão muitas vezes os opioides através de prescrições para si próprios ou através do desvio de opioides que foram prescritos para doentes ou através dos abastecedores da farmácia. A maioria dos indivíduos com perturbação de uso de opioides tem níveis significativos de tolerância e experienciam abstinência aquando da descontinuação abrupta de substâncias opioides. Os indivíduos com perturbação de uso de opioides desenvolvem frequentemente respostas condicionadas a estímulos relacionados com a droga (por exemplo, *craving* ao ver qualquer pó de substância semelhante a heroína) – um fenómeno que ocorre com a maioria das drogas e que causa intensas alterações psicológicas. Estas respostas contribuem provavelmente para a recaída, são difíceis de extinguir e, tipicamente, persistem muito tempo depois de completado a desintoxicação.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de uso de opioides pode estar associada com uma história de crimes relacionados com drogas (por exemplo, posse ou distribuição de drogas, falsificação, roubo, extorsão, furto, recetação de objetos roubados). Entre os profissionais de saúde e indivíduos que têm acesso facilitado a substâncias controladas, existe muitas vezes um padrão diferente de atividades ilegais que envolvem problemas com conselhos de licenciamento estatais, equipas de profissionais dos hospitais ou outros organismos administrativos. Dificuldades conjugais (incluindo o divórcio), desemprego e emprego irregular estão muitas vezes associados a perturbação de uso de opioides em todos os níveis socioeconómicos.

Prevalência

A prevalência a 12 meses da perturbação de uso de opioides é de aproximadamente 0,37% entre adultos com 18 ou mais anos na população comunitária. Este valor pode ser uma subestimativa, dado o grande número de indivíduos presos com perturbação de uso de opioides. As taxas são maiores no sexo masculino do que no feminino (0,49% *versus* 0,26%), sendo o rácio masculino-feminino tipicamente de 1,5:1 para outros opioides que não a heroína (isto

é, disponível com receita) e de 3:1 para a heroína. Os indivíduos adolescentes do sexo feminino podem ter uma probabilidade mais elevada de desenvolver uma perturbação de uso de opioides. A prevalência diminui com a idade, com a prevalência mais elevada (0,82%) entre os adultos com 29 ou menos anos, diminuindo para 0,09% entre adultos com 65 ou mais anos. Nos adultos, a prevalência de perturbação de uso de opioides é mais baixa nos afro-americanos com 0,18% e sobrerrepresentada nos americanos nativos com 1,25%. É próximo da média em brancos (0,38%), em asiáticos e nativos das ilhas do Pacífico (0,35%) e hispânicos (0,39%).

Nos EUA, entre indivíduos com idades entre 12 e 17 anos, a prevalência geral a 12 meses de perturbação de uso de opioides na população comunitária é de cerca de 1,0%, mas a prevalência de perturbação de uso de heroína é inferior a 0,1%. Em contraste, a perturbação de uso de analgésicos é prevalente em cerca de 1,0% dos indivíduos com idades entre 12 e 17 anos, o que demonstra a importância dos analgésicos opioides como um grupo de substâncias com consequências significativas na saúde.

Na população comunitária de países europeus, os indivíduos com idades entre 15 e 64 anos apresentam uma prevalência a 12 meses de uso problemático de opioides entre 0,1% e 0,8%. A prevalência média de uso problemático de opioides na União Europeia e Noruega situa-se entre 0,36% e 0,44%.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação de uso de opioides pode iniciar-se em qualquer idade, mas os problemas associados ao uso de opioides são mais frequentemente observados no final da adolescência ou no início da 3.ª década de vida. Uma vez desenvolvida a perturbação de uso de opioides, esta continua muitas vezes por um período de vários anos, apesar de serem frequentes períodos breves de abstinência. Nas populações tratadas, é frequente a recaída após a abstinência. Apesar de ocorrerem recaídas, e havendo algumas taxas de mortalidade a longo prazo tão elevadas quanto 2% por ano, cerca de 20%-30% dos indivíduos com perturbação de uso de opioides conseguem atingir a abstinência a longo prazo. Uma exceção diz respeito ao pessoal do serviço militar que se tornou dependente de opioides no Vietname; mais de 90% desta população que foi dependente de opioides durante o destacamento militar no Vietname conseguiram a abstinência depois de regressar, mas tiveram taxas aumentadas de perturbação de uso de álcool ou de anfetaminas, tal como aumento da suicidalidade.

O aumento da idade está associado a diminuição da prevalência em resultado da mortalidade precoce e remissão dos sintomas após os 40 anos (isto é, «amadurecimento»). Todavia, muitos indivíduos continuam a ter, durante décadas, apresentações que cumprem critérios para perturbação de uso de opioides.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco para perturbação de uso de opioides pode relacionar-se com fatores ambientais individuais, familiares, de pares e sociais, mas dentro destes domínios os fatores genéticos desempenham um papel particularmente importante, tanto direta quanto indiretamente. Por exemplo, a impulsividade e procura de novidade são temperamentos individuais que se relacionam com a propensão para o desenvolvimento de perturbação de uso de substâncias, mas que podem ser eles próprios determinados geneticamente. Os fatores de pares podem relacionar-se com predisposição genética na maneira como o indivíduo seleciona o seu ambiente.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Apesar das pequenas variações que dizem respeito aos itens de critérios individuais, os critérios de diagnóstico para perturbação de uso de opioides têm um desempenho semelhante na maioria dos grupos raciais/étnicos. Os indivíduos de populações étnicas minoritárias que vivem em zonas economicamente carenciadas têm sido sobrerrepresentados entre os indivíduos com perturbação de uso de opioides. Todavia, ao longo do tempo, a perturbação de uso de opioides tem sido mais vezes observada em indivíduos brancos da classe média, sobretudo do sexo feminino, sugerindo que as diferenças no uso refletem a disponibilidade das drogas opioides e que outros fatores sociais podem ter impacte sobre a prevalência. O pessoal médico que tem acesso privilegiado aos opioides pode ter um risco aumentado de perturbação de uso de opioides.

Marcadores de Diagnóstico

Os resultados dos testes toxicológicos de rotina à urina são muitas vezes positivos para drogas opioides em indivíduos com perturbação de uso de opioides. Os resultados dos testes urinários permanecem positivos para a maioria dos opioides (por exemplo, heroína, morfina, codeína, oxicodona, propoxifeno) por 12-36 horas após a administração. O fentanil não é detetado nos testes de urina *standard*, mas pode ser identificado através de procedimentos mais especializados por vários dias. A metadona, buprenorfina (ou combinação buprenorfina/naloxona) e o LAAM (l-alfa-acetilmetadol) têm de ser testados especificamente e não causam resultados positivos nos testes de rotina para opioides. Estes podem ser detetados durante vários dias e até mais do que 1 semana. A evidência laboratorial da presença de outras substâncias (por exemplo, cocaína, marijuana, álcool, anfetaminas, benzodiazepinas) é comum. Os resultados dos testes de rastreio para os vírus das hepatites A, B e C são positivos em até 80%-90% dos utilizadores de opioides injetados, ou para o antigénio de hepatite (que significa infeção ativa), ou para anticorpo para hepatite (que significa infeção no passado). O VIH também é prevalente nos utilizadores de opioides injetados. Resultados ligeiramente elevados dos testes de função hepática são comuns, ora como resultado de hepatite ora por lesão tóxica do fígado por causa de contaminantes que foram misturados com o opioide injetado. As alterações subtis dos padrões de secreção de cortisol e da regulação da temperatura corporal foram observados por um período de até 6 meses após desintoxicação de opioides.

Risco de Suicídio

De forma semelhante ao risco em geral observado para todas as perturbações de uso de substâncias, a perturbação de uso de opioides está associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio e de suicídios consumados. São particularmente notáveis tanto as *overdoses* de opioides acidentais quanto as intencionais. Alguns fatores de risco de suicídio sobrepõem-se aos fatores de risco para perturbação de uso de opioides. Adicionalmente, a intoxicação ou abstinência repetida de opioides pode estar associada a depressões graves que, apesar de temporárias, podem ser suficientemente intensas para levar a tentativas de suicídio ou a suicídios consumados. Os dados disponíveis sugerem que as *overdoses* acidentais não fatais por opioides (que são frequentes) e o suicídio na forma tentada são problemas distintos clinicamente significativos que não devem ser confundidos entre si.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Opioides

O uso de opioides está associado à ausência de secreções mucosas das membranas, causando secura da boca e do nariz. A lentificação da atividade gastrintestinal e a diminuição da motilidade intestinal podem produzir obstipação grave. A acuidade visual pode ser comprometida e resulta da constrição pupilar com a administração aguda. Nos indivíduos que injetam opioides, as veias esclerosadas («chutos/picadas») e marcas de punção nas porções inferiores das extremidades superiores são frequentes. As veias tornam-se por vezes tão gravemente esclerosadas que se desenvolve edema periférico e os indivíduos mudam para a injeção em veias nas pernas, pescoço ou virilha. Quando estas veias se tornam inutilizáveis, os indivíduos injetam-se frequentemente diretamente no tecido subcutâneo («bolhas subcutâneas»), o que conduz a celulite, abcessos e a cicatrizes de aparência circular de lesões cutâneas cicatrizadas. As infeções pelo tétano e pelo *Clostridium botulinum* são relativamente raras, mas são consequências extremamente graves da injeção de opioides, em especial com agulhas contaminadas. As infeções podem também ocorrer noutros órgãos e incluem endocardite bacteriana, hepatite e infeção por VIH. As infeções a hepatite C, por exemplo, podem ocorrer em até 90% das pessoas que injetam opioides. Adicionalmente, a prevalência de infeção por VIH pode ser elevada em indivíduos que injetam drogas, correspondendo uma grande proporção a indivíduos com perturbação de uso de opioides. Nalgumas zonas dos EUA ou da Federação Russa, têm sido relatadas taxas de infeção por VIH tão elevadas quanto 60% entre utilizadores de heroína com perturbação de uso de opioides. No entanto, a incidência também pode ser de 10% ou menos noutras zonas, especialmente naquelas em que é facilitado o acesso ao material e à parafernália necessários para a injeção limpa.

A tuberculose é um problema particularmente grave nos indivíduos que usam drogas endovenosas, sobretudo os que estão dependentes de heroína; a infeção é em regra assintomática e evidente apenas pela presença de um teste cutâneo de tuberculina positivo. Apesar disso, foram encontrados muitos casos de tuberculose ativa, sobretudo entre os indivíduos que estão infetados por VIH. Estes têm muitas vezes uma nova infeção adquirida, mas também é provável que experienciem uma reativação de uma infeção prévia, dado o compromisso da função imunitária.

Os indivíduos que snifam heroína ou outros opioides («snifar») desenvolvem muitas vezes irritação da mucosa nasal, por vezes acompanhada de perfuração do septo nasal. As dificuldades do funcionamento sexual são frequentes. Os homens experienciam frequentemente disfunção eréctil durante a intoxicação ou durante o uso crónico. As mulheres têm muitas vezes alterações da função reprodutora e menstruações irregulares.

Em relação às infeções tais como celulite, hepatite, infeção por VIH, tuberculose e endocardite, a perturbação de uso de opioides está associada a uma taxa de mortalidade tão elevada quanto 1,5%-2% por ano. As mortes resultam a maioria das vezes de *overdose*, acidentes, lesões, SIDA, ou de outras complicações médicas gerais. Os acidentes e lesões devidos a violência que está associada com compra e venda de drogas é comum. Nalgumas áreas, a violência é responsável por mais mortes relacionadas com opioides do que a *overdose* ou infeção por VIH. A dependência fisiológica de opioides pode ocorrer em cerca de metade das crianças nascidas de mulheres com perturbação de uso de opioides, o que pode produzir uma síndrome de abstinência grave que necessita de tratamento médico. Apesar de o baixo peso à nascença também se verificar em crianças de mães com perturbação de uso de opioides, este não é geralmente marcado e não está em regra associado a consequências adversas graves.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações mentais induzidas por opioides. As perturbações induzidas por opioides ocorrem frequentemente em indivíduos com perturbação de uso de opioides. As perturbações induzidas por opioides podem ser caracterizadas por sintomas (por exemplo, humor deprimido) que se assemelham aos de perturbações mentais primárias (por exemplo, perturbação depressiva persistente [distimia] *versus* perturbação depressiva induzida por opioides, com características depressivas, com início durante a intoxicação). É menos provável que os opioides produzam sintomas de perturbação mental do que a maioria das outras drogas de abuso. A intoxicação por opioides e abstinência de opioides distinguem-se das outras perturbações induzidas por opioides (por exemplo, perturbação depressiva induzida por opioides, com início durante a intoxicação) porque, nestas últimas perturbações, na apresentação clínica predominam sintomas que são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por álcool e a intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem causar um quadro clínico que se assemelha ao de intoxicação por opioides. Um diagnóstico de intoxicação por álcool ou sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode em regra ser feito com base na ausência de constrição pupilar ou ausência de resposta à prova com naloxona. Nalguns casos, a intoxicação pode ser devida tanto a opioides quanto a álcool ou a outros sedativos. Nestes casos, a prova com naloxona não reverte todos os efeitos sedativos.

Outras perturbações de abstinência. A ansiedade e a inquietação associadas a abstinência de opioides assemelham-se aos sintomas observados na abstinência de sedativo-hipnótico. Todavia, a abstinência de opioides é também acompanhada de rinorreia, lacrimejo e dilatação pupilar, que não são observados na abstinência de tipo sedativo. As pupilas dilatadas são também observadas na intoxicação por alucinogénios e intoxicação por estimulante. Todavia, outros sinais ou sintomas de abstinência de opioides, tais como náusea, vómitos, diarreia, cólicas abdominais, rinorreia ou lacrimejo não estão presentes.

Comorbilidades

As condições médicas mais comummente associadas a perturbação de uso de opioides são as infeções virais (por exemplo, VIH, vírus da hepatite C) e as bacterianas, particularmente nos utilizadores de opioides injetados. Estas infeções são menos frequentes na perturbação de uso de opioides em indivíduos com opioides prescritos. A perturbação de uso de opioides está muitas vezes associada a outras perturbações de uso de substâncias, sobretudo as que envolvem tabaco, álcool, *Cannabis*, estimulantes e benzodiazepinas, que são frequentemente consumidas para reduzir os sintomas da abstinência de opioides ou *craving* de opioides, ou para aumentar os efeitos dos opioides administrados. Os indivíduos com perturbação de uso de opioides apresentam risco de desenvolver uma perturbação depressiva persistente (distimia) ou, nalguns casos, perturbação depressiva major. Estes sintomas podem representar uma perturbação depressiva induzida por opioides ou uma exacerbação de uma perturbação depressiva primária preexistente. Períodos de depressão são especialmente comuns durante a intoxicação crónica ou em associação com fatores geradores de stress físicos ou psicológicos que estão relacionados com a perturbação de uso de opioides. A insónia é comum, especialmente durante a abstinência. A perturbação antissocial da personalidade é muito mais comum em indivíduos com perturbação de uso de opioides do que na população geral.

A perturbação de stress pós-traumático também é observada com uma frequência aumentada. Uma história de perturbação do comportamento na infância ou na adolescência foi identificada como um fator de risco significativo para perturbações relacionadas com substâncias, especialmente perturbação de uso de opioides.

Intoxicação por Opioides

Critérios de Diagnóstico

A. Uso recente de opioides.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, euforia inicial seguida de apatia, disforia, agitação ou lentificação psicomotora, compromisso do juízo crítico) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de opioides.

C. Constrição pupilar (ou dilatação pupilar devida à anóxia de *overdose* grave) e um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de opioides:
   1. Sonolência ou coma.
   2. Discurso arrastado.
   3. Défices da atenção ou da memória.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especificar se:

Com alterações da perceção. Este especificador pode ser utilizado nas situações raras em que ocorrem alucinações com teste da realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis na ausência de *delirium*.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende da existência, ou não, de perturbação de uso de opioides comórbida e da existência, ou não, de alterações da perceção.

Para a intoxicação por opioides, sem alterações da perceção. Se existe uma perturbação de uso de opioides ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F11.129**, e se existe uma perturbação de uso de opioides moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F11.229**. Se não existe nenhuma perturbação de uso de opioides comórbida, então o código ICD-10-CM é **F11.929**.

Para a intoxicação por opioides, com alterações da perceção. Se existe uma perturbação de uso de opioides ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F11.122**, e se existe uma perturbação de uso de opioides moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F11.222**. Se não existe nenhuma perturbação de uso de opioides comórbida, então o código ICD-10-CM é **F11.922**.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da intoxicação por opioides é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas (por exemplo, euforia inicial seguida de apatia, disforia, agitação ou lentificação psicomotora, compromisso do juízo crítico) que se desenvolve durante ou pouco depois do uso de opioides (Critérios A e B). A intoxicação é acompanhada de constrição pupilar (a menos que tenha existido uma *overdose* grave com anóxia e dilatação pupilar consequentes) e por um ou mais dos seguintes sinais: sonolência (descrito como estar «a cabecear»), discurso arrastado e défices da atenção ou da memória (Critério C); a sonolência pode progredir para coma. Os indivíduos com intoxicação por opioides podem demonstrar falta de

atenção em relação ao meio envolvente, chegando ao ponto de ignorarem acontecimentos potencialmente lesivos. Os sinais ou sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D).

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por álcool e a intoxicação por sedativo-hipnótico podem causar um quadro clínico que se assemelha ao de intoxicação por opioides. Um diagnóstico de intoxicação por álcool ou sedativo-hipnótico pode habitualmente ser feito com base na ausência de constrição pupilar ou ausência de resposta à prova com naloxona. Em alguns casos, a intoxicação pode ser devida tanto a opioides quanto a álcool ou a outros sedativos. Nestes casos, a prova com naloxona não reverte todos os efeitos sedativos.

Outras perturbações relacionadas com opioides. A intoxicação por opioides distingue-se das outras perturbações induzidas por opioides (por exemplo, perturbação depressiva induzida por opioides, com início durante a intoxicação) porque os sintomas destas últimas perturbações dominam a apresentação clínica e cumprem os critérios completos para a perturbação relevante.

Abstinência de Opioides

Critérios de Diagnóstico 292.0 (F11.23)

A. Presença de qualquer um dos seguintes:
   1. Cessação (ou redução) do uso de opioides que tem sido pesado e prolongado (isto é, várias semanas ou mais).
   2. Administração de um antagonista opioide depois de um período de uso de opioides.
B. Três (ou mais) dos seguintes desenvolvem-se em minutos até vários dias depois do Critério A:
   1. Humor disfórico.
   2. Náuseas ou vómitos.
   3. Dores musculares.
   4. Lacrimejo ou rinorreia.
   5. Dilatação pupilar, piloereção ou sudorese.
   6. Diarreia.
   7. Bocejo.
   8. Febre.
   9. Insónia.
C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.0**. O código ICD-10-CM para abstinência de opioides é **F11.23**. Note que o código ICD-10-CM indica a presença de perturbação de uso de opioides moderada ou grave comórbida, refletindo o facto de a abstinência de opioides apenas poder ocorrer na presença de perturbação de uso de opioides moderada ou grave. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de opioides ligeira comórbida com abstinência de opioides.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da abstinência de opioides é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve depois da cessação (ou redução) do uso de opioides que tem sido pesado e prolongado (Critério A1). A síndrome de abstinência também pode ser precipitada pela administração de um antagonista opioide (por exemplo, naloxona ou naltrexona) depois um período de uso de opioides (Critério A2). Isto pode ocorrer também após a administração de um agonista opioide parcial, tal como a buprenorfina, a uma pessoa atualmente a usar um agonista total opioide.

A abstinência de opioides é caracterizada por um padrão de sinais e sintomas que se opõem aos efeitos agudos de um agonista. O primeiro destes é subjetivo e consiste em queixas de ansiedade, inquietação e numa «sensação de dor» que está frequentemente localizada nas costas e pernas, juntamente com irritabilidade e aumento da sensibilidade à dor. Três ou mais dos seguintes devem estar presentes para fazer o diagnóstico de abstinência de opioides: humor disfórico; náuseas ou vómitos; dores musculares; lacrimejo ou rinorreia; dilatação pupilar, piloereção ou aumento da sudorese; diarreia; bocejo; febre; e insónia (Critério B). A piloereção e febre estão associadas a abstinência mais grave e não são frequentemente observadas na prática clínica de rotina porque os indivíduos com perturbação pelo uso de opioides geralmente obtêm as substâncias antes de a abstinência se tornar tão avançada. Estes sintomas de abstinência de opioides têm de causar mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D). O cumprimento dos critérios de diagnóstico para apenas abstinência de opioides não é suficiente para um diagnóstico de perturbação de uso de opioides, embora sintomas simultâneos de *craving* e comportamento de procura da droga sejam sugestivos de perturbação de uso de opioides comórbida. Os códigos ICD-10-CM apenas permitem o diagnóstico de abstinência de opioides na presença de perturbação de uso de opioides moderada a grave comórbida.

A velocidade e a gravidade da abstinência associada a opioides dependem da semivida do opioide usado. A maioria dos indivíduos que são fisiologicamente dependentes de drogas de duração curta, tais como a heroína, iniciam os sintomas de abstinência em 6-12 horas após a última dose. Os sintomas podem demorar 2-4 dias para emergir em casos de drogas de duração mais longa, tais como metadona, LAAM (l-alfa-acetilmetadol) ou buprenorfina. Os sintomas de abstinência aguda para opioides de curta duração, tais como a heroína, atingem em regra o pico em 1-3 dias e diminuem gradualmente ao longo de um período de 5-7 dias. Os sintomas de abstinência menos agudos podem durar semanas a meses. Os sintomas mais crónicos incluem ansiedade, disforia, anedonia e insónia.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos do sexo masculino com abstinência de opioides podem experienciar piloereção, sudorese e ejaculações espontâneas mesmo acordados. A abstinência de opioides é distinta da perturbação de uso de opioides e não ocorre necessariamente na presença do comportamento de procura de droga associado a perturbação de uso de opioides. A abstinência de opioides pode ocorrer em qualquer indivíduo após a cessação do uso repetido de um opioide, seja no contexto de gestão médica da dor, durante a terapêutica com um agonista opioide para a perturbação de uso de opioides, seja no contexto do uso privado

recreativo, ou após tentativas de autotratamento dos sintomas de perturbações mentais com opioides.

Prevalência

Entre os indivíduos de vários contextos clínicos, a abstinência de opioides ocorre em 60% dos indivíduos que usaram heroína pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

Desenvolvimento e Curso

A abstinência de opioides é típica no curso de uma perturbação de uso de opioides. Pode ser parte de um padrão crescente no qual um opioide é usado para reduzir os sintomas de abstinência, levando, por sua vez, a mais abstinência numa fase subsequente. Para pessoas com uma perturbação de uso de opioides estabelecida, é típica a abstinência e as tentativas de aliviar a abstinência.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações de abstinência. A ansiedade e inquietação associadas à abstinência de opioides assemelham-se aos sintomas observados na abstinência de sedativo-hipnótico. No entanto, a abstinência de opioides também é acompanhada de rinorreia, lacrimejo e dilatação pupilar que não são observados na abstinência de tipo sedativo.

Outras intoxicações por substância. As pupilas dilatadas também são observadas na intoxicação por alucinogénios e intoxicação por estimulantes. Todavia, não estão presentes outros sinais e sintomas de abstinência de opioides, tais como náuseas, vómitos, diarreia, cólicas abdominais, rinorreia e lacrimejo.

Outras perturbações induzidas por opioides. A abstinência de opioides distingue-se das outras perturbações induzidas por opioides (por exemplo, perturbação depressiva induzida por opioides, com início durante a abstinência) porque os sintomas destas últimas perturbações excedem os habitualmente associados a abstinência de opioides e cumprem os critérios completos para a perturbação relevante.

Outras Perturbações Induzidas por Opioides

As seguintes perturbações induzidas por opioides são descritas noutros capítulos do manual em conjunto com perturbações com as quais partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substância/medicamento nesses capítulos): perturbação depressiva induzida por opioides («Perturbações Depressivas»); perturbação de ansiedade induzida por opioides («Perturbações de Ansiedade»); perturbação do sono induzida por opioides («Perturbações do Sono-Vigília»); e disfunções sexuais induzidas por opioides («Disfunções Sexuais»). Para o *delirium* por intoxicação de opioides e *delirium* por abstinência de opioides, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por opioides são diagnosticadas no lugar de intoxicação por opioides ou abstinência de opioides apenas quando os sintomas são suficientemente graves para necessitar de atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com Opioides Não Especificada

292.9 (F11.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com opioides que causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com opioides específica, ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Perturbação de Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Outras Perturbações Induzidas por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Perturbação Relacionada com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Não Especificada

Perturbação de Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. Os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
   3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
   5. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas do trabalho ou perda de produtividade laboral relacionadas com o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; negligência dos filhos e negligência doméstica).

6. Uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos dos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação; agressões físicas).
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
8. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, condução de automóvel ou operar máquinas enquanto está incapacitado por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).
9. O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é continuado, apesar de saber que tem um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente foi causado ou exacerbado por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
    a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

    Nota. Este critério não se considera preenchido nos indivíduos que tomam sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos exclusivamente sob supervisão médica adequada.
11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:
    a. Uma síndrome de abstinência característica de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (consulte os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, pp 669-670).
    b. Os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância intimamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

    Nota. Este critério não se considera preenchido nos indivíduos que tomam sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos exclusivamente sob supervisão médica adequada.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, nenhum critério para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi preenchido durante um mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, nenhum critério para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou outra perturbação mental induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Em vez deles, a perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbida é indicada

pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ver a nota de codificação para a intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, ou para uma perturbação mental específica induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos). Por exemplo, se existir perturbação depressiva comórbida induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, apenas é atribuído o código para a perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F13.14** para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ligeira com perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, ou **F13.24** para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderada ou grave com perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Especificar a gravidade atual:

305.40 (F13.10) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

304.10 (F13.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.10 (F13.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Características de Diagnóstico

As substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas incluem benzodiazepinas, drogas tipo benzodiazepinas (por exemplo, zolpidem, zaleplon) e carbamatos (por exemplo, glutetimida, meprobamato), barbitúricos (por exemplo, secobarbital) e hipnóticos tipo barbitúricos (por exemplo, glutetimida, metaqualona). Esta classe de substâncias inclui todos os medicamentos prescritos para dormir e praticamente todos os medicamentos antiansiedade. Os agentes antiansiedade não benzodiazepínicos (por exemplo, buspirona, gepirona) não estão incluídos nesta classe porque não parecem estar associados a abuso significativo.

Tal como o álcool, estes agentes são depressores cerebrais e podem produzir perturbações induzidas por substância/medicamento e perturbações de uso de substâncias semelhantes. As substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas estão disponíveis quer através de prescrição quer ilegalmente. Alguns indivíduos que obtêm estas substâncias através de prescrições desenvolvem uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, enquanto outros com uso indevido destas substâncias ou com utilização para intoxicação não desenvolvem uma perturbação de uso. Particularmente, os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início de ação rápido e/ou tempos de ação curtos ou intermédios podem ser consumidos com o propósito de intoxicação, apesar de as substâncias de maior duração nesta classe também poderem ser consumidas para intoxicação.

Craving (Critério A4), quer durante o uso quer durante o período de abstinência, é uma característica típica da perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. O uso indevido de substâncias desta classe pode ocorrer por si só ou em conjunto com o uso de outras substâncias. Por exemplo, os indivíduos podem usar doses para intoxicação de sedativos

ou benzodiazepinas para «aterrar» da cocaína ou das anfetaminas, ou usar doses elevadas de benzodiazepinas em combinação com a metadona para «aumentar» os seus efeitos.

As ausências repetidas do trabalho ou perda de produtividade laboral, ausências, suspensões ou expulsões da escola e a negligência dos filhos e negligência doméstica (Critério A5) podem estar relacionados com a perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, tal como podem acontecer com o uso continuado das substâncias apesar dos conflitos com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação ou das agressões físicas (Critério A6). A limitação do contacto com a família ou amigos, evitamento laboral ou escolar, suspensão da participação em *hobbies*, desporto ou jogos (Critério A7) e o uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos aquando da condução de automóvel ou de operar máquinas enquanto está incapacitado por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (Critério A8) são também observados na perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Podem desenvolver-se níveis muito significativos de tolerância e abstinência para os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Pode existir evidência de tolerância e de abstinência na ausência de diagnóstico de perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos num indivíduo que descontinuou abruptamente o uso de benzodiazepinas que foram tomadas durante longos períodos de tempo em doses terapêuticas e com prescrição. Nestes casos, um diagnóstico adicional de perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é efetuado apenas se forem cumpridos outros critérios. Assim sendo, os medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser prescritos com objetivos médicos adequados e, dependendo do regime posológico, estas drogas podem produzir tolerância e abstinência. Se elas são prescritas ou recomendadas com objetivos médicos adequados, e se são usadas como prescritas, a tolerância e abstinência resultantes não cumprem os critérios para o diagnóstico de perturbação de uso de substância. Todavia, é necessário determinar se as drogas são adequadamente prescritas e usadas (por exemplo, falsificação de sintomas médicos para obtenção de medicamentos; uso de mais medicação do que a prescrita; obtenção de medicamentos a partir de vários médicos sem os informar do envolvimento dos outros).

Dada a natureza unidimensional dos sintomas da perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, a gravidade baseia-se no número de critérios cumpridos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos está frequentemente associada a perturbação de uso de outras substâncias (por exemplo, perturbação de uso de álcool, *Cannabis*, opioides, estimulantes). Os sedativos são muitas vezes usados para aliviar os efeitos indesejados destas outras substâncias. Com o uso repetido da substância, desenvolve-se tolerância aos efeitos adversos, sendo necessária uma dose progressivamente maior. Todavia, a tolerância aos efeitos depressivos do tronco cerebral desenvolve-se muito mais lentamente e, à medida que o indivíduo toma mais substância para atingir a euforia ou os outros efeitos desejados, pode haver um início súbito de depressão respiratória e hipotensão que podem resultar em morte. A intoxicação intensa e repetida de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode estar associada a depressão grave que, apesar de temporária, pode levar a tentativa de suicídio ou a suicídio consumado.

Prevalência

Estima-se que as prevalências a 12 meses da perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos do DSM-IV seja de 0,3% nos indivíduos com 12 a 17 anos e 0,2% nos adultos com

18 ou mais anos. Segundo o DSM-IV, as taxas para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são ligeiramente maiores em adultos do sexo masculino (0,3%) do que em adultos do sexo feminino. Todavia, para os indivíduos com 12 a 17 anos, a taxa para o sexo feminino (0,4%) excede a do masculino (0,2%). Segundo o DSM-IV, a prevalência a 12 meses de perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos diminui em função da idade e é maior entre os 18 e os 29 anos (0,5%) e menor nos indivíduos com 65 ou mais anos (0,04%).

A prevalência a 12 meses de perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos varia entre subgrupos raciais/étnicos da população dos EUA. Para os indivíduos com 12-17 anos, as taxas são maiores nos brancos (0,3%) comparativamente aos afro-americanos (0,2%), hispânicos (0,2%), americanos nativos (0,1%) e asiático-americanos e nativos das ilhás do Pacífico (0,1%). Nos adultos, a prevalência a 12 meses é maior nos americanos nativos e nativos do Alasca (0,8%), com taxas de aproximadamente 0,2% nos afro-americanos, brancos e hispânicos, e de 0,1% nos asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico.

Desenvolvimento e Curso

O curso habitual da perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos envolve indivíduos na adolescência ou na 3.ª década de vida que aumentam o uso ocasional de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos até ao ponto de desenvolverem problemas que cumprem critérios para o diagnóstico. Este padrão pode ser especialmente provável nos indivíduos que têm outras perturbações de uso de substâncias (por exemplo, álcool, opioides, estimulantes). Um padrão inicial de uso social intermitente (por exemplo, em festas) pode levar ao uso diário e a altos níveis de tolerância. Acontecendo isto, podem ser expectáveis níveis aumentados de dificuldades interpessoais, tais como episódios progressivamente mais graves de disfunção cognitiva e de abstinência fisiológica.

O segundo, e menos observado, curso clínico inicia-se com um indivíduo que obteve originalmente a medicação através de prescrição médica, em regra para o tratamento de ansiedade, insónia ou de queixas somáticas. Com o desenvolvimento de tolerância, ou com a necessidade de doses maiores do medicamento, há um aumento gradual da dose e da frequência da autoadministração. É provável que o indivíduo continue a justificar o seu uso baseando-se nos seus sintomas originais de ansiedade ou de insónia, mas o comportamento de procura da substância torna-se mais proeminente e o indivíduo pode procurar múltiplos médicos para obter reservas suficientes do medicamento. A tolerância pode atingir níveis elevados, podendo ocorrer abstinência (incluindo convulsões e *delirium* de abstinência).

Tal como em muitas perturbações de uso de substâncias, a perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos tem em geral início durante a adolescência ou no início da vida adulta. Existe um risco aumentado de uso indevido e de problemas de muitas substâncias psicoativas com o envelhecimento dos indivíduos. Particularmente, com a idade o défice cognitivo aumenta como efeito adverso, sendo que o metabolismo dos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos diminui com a idade entre os indivíduos mais idosos. Tanto os efeitos tóxicos agudos quanto os crónicos destas substâncias, especialmente os efeitos na cognição, memória e coordenação motora, são suscetíveis de aumentar com a idade em consequência das alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas com a idade. Os indivíduos com perturbação neurocognitiva major (demência) têm, com doses menores, uma maior probabilidade de desenvolver intoxicação e défice do funcionamento fisiológico.

A intoxicação deliberada para atingir a «moca» é mais suscetível de ser observada em adolescentes e em indivíduos na sua 3.ª década de vida. Os problemas associados a sedativos,

hipnóticos ou ansiolíticos são também observados em indivíduos na sua 4.ª década de vida ou mais idosos que aumentam a dose prescrita do medicamento. Nos indivíduos mais idosos, a intoxicação pode assemelhar-se a demência progressiva.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. A impulsividade e procura de novidade são temperamentos individuais que se relacionam com a propensão para desenvolver uma perturbação de uso de substâncias, mas que podem eles próprios ser geneticamente determinados.

Ambientais. Uma vez que todos os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são produtos farmacêuticos, um fator de risco-chave relaciona-se com a disponibilidade destas substâncias. Nos EUA, o padrão histórico de uso indevido de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos relaciona-se com os padrões de prescrição amplos. Por exemplo, uma diminuição acentuada na prescrição de barbitúricos foi associada a um aumento na prescrição de benzodiazepinas. Fatores de pares podem relacionar-se com os fatores genéticos predisponentes no modo como o indivíduo seleciona o seu ambiente. Outros indivíduos com risco aumentado podem incluir os que apresentam perturbação de uso de álcool que podem receber prescrições repetidas em resposta às suas queixas de ansiedade ou de insónia relacionadas com álcool.

Genéticos e fisiológicos. Tal como para outras perturbações de uso de substâncias, o risco para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode estar relacionado com fatores individuais, familiares, de pares, sociais e ambientais. Dentro destes domínios, os fatores genéticos desempenham um papel particularmente importante, tanto direta quanto indiretamente. De uma forma geral, ao longo do desenvolvimento, os fatores genéticos parecem desempenhar um papel maior no início da perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos à medida que os indivíduos envelhecem da puberdade para a idade adulta.

Modificadores do curso. O início precoce de uso está associado a uma maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Existem marcadas variações nos padrões de prescrição (e de disponibilidade) desta classe de substâncias nos diferentes países, o que pode conduzir a variações na prevalência das perturbações de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Os indivíduos do sexo feminino podem ter um risco mais elevado do que os do masculino para uso indevido de drogas prescritas de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas.

Marcadores de Diagnóstico

Quase todas substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas podem ser identificadas através de avaliações laboratoriais da urina ou do sangue (este último pode quantificar as quantidades destes agentes no corpo). É provável que os testes de urina permaneçam positivos até 1 semana depois do uso de substâncias de longa duração, tais como diazepam ou flurazepam.

Consequências Funcionais das Perturbações de Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

As consequências sociais e interpessoais da perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos simulam as do álcool em termos de potencial para comportamento desinibido. Acidentes, dificuldades interpessoais (tal como discussões e agressões), bem como a interferência com o desempenho laboral e escolar são resultados comuns. É provável que a avaliação física revele evidência de uma diminuição ligeira na maioria dos aspetos do funcionamento do sistema nervoso autónomo, incluindo lentificação da pulsação, frequência respiratória discretamente diminuída e uma discreta diminuição da tensão arterial (ocorre com maior probabilidade com as alterações posturais). Em doses elevadas, as substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas podem ser letais, sobretudo quando misturadas com álcool, apesar de a dose letal variar consideravelmente com as substâncias específicas. As *overdoses* podem estar associadas com a deterioração dos sinais vitais que assinalam uma emergência médica iminente (por exemplo, paragem respiratória por barbitúricos). Podem existir consequências de trauma (por exemplo, hemorragia interna ou hematoma subdural) de acidentes que ocorrem enquanto intoxicado. O uso endovenoso destas substâncias pode resultar em complicações médicas relacionadas com o uso de agulhas contaminadas (por exemplo, hepatite e VIH).

A intoxicação aguda pode resultar em lesões acidentais e acidentes de viação. Para os indivíduos idosos, até o uso curto, e nas doses prescritas, destes medicamentos sedativos pode estar associado a um risco aumentado de problemas cognitivos e de quedas. Os efeitos desinibidores destes agentes, tal como com o álcool, podem potencialmente contribuir para um comportamento exageradamente agressivo, com problemas interpessoais e legais subsequentes. Podem ocorrer *overdoses* acidentais ou intencionais semelhantes às que se observam na perturbação de uso de álcool ou na intoxicação repetida por álcool. Em contraste com a sua grande margem de segurança quando usadas isoladamente, as benzodiazepinas usadas em combinação com o álcool podem ser particularmente perigosas, sendo muitas vezes relatadas *overdoses* acidentais. Também têm sido relatadas *overdoses* acidentais em indivíduos com uso indevido deliberado de barbitúricos e de outros sedativos não benzodiazepínicos (por exemplo, metaqualona). Contudo, como estes agentes estão muito menos disponíveis do que as benzodiazepinas, na maioria das circunstâncias a frequência de *overdose* é baixa.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais ou condições médicas. Indivíduos com perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem apresentar-se com sintomas (por exemplo, ansiedade) que se assemelham a perturbações mentais primárias (por exemplo, perturbação de ansiedade generalizada *versus* perturbação da ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, com início durante a abstinência). O discurso arrastado, descoordenação e outros aspetos associados característicos de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser resultado de outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla) ou de um traumatismo craniano prévio (por exemplo, um hematoma subdural).

Perturbação de uso de álcool. A perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos deve ser distinguida da perturbação de uso de álcool.

Uso clinicamente apropriado de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os indivíduos podem continuar a tomar benzodiazepinas de acordo com as diretrizes do médico para uma indicação médica legítima ao longo de períodos prolongados de tempo. Mesmo com a manifestação de sinais fisiológicos de tolerância ou de abstinência, muitos destes indivíduos não desenvolvem sintomas que cumpram critérios para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos por não estarem preocupados com a obtenção da substância e porque o seu uso não interfere com o seu desempenho de obrigações sociais ou ocupacionais.

Comorbilidades

O uso não médico de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos está associado a perturbação de uso de álcool, perturbação de uso de tabaco e, habitualmente, a perturbação de uso de droga ilícita. Pode também existir uma sobreposição entre perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e perturbação antissocial da personalidade; perturbações depressivas, bipolares e de ansiedade; e outras perturbações de uso de substâncias, tais como a perturbação de uso de álcool e perturbações de uso de drogas ilícitas. O comportamento antissocial e a perturbação da personalidade antissocial estão especialmente associados a perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos quando as substâncias são obtidas ilegalmente.

Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Critérios de Diagnóstico

A. Uso recente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
B. Alterações comportamentais e psicológicas desadaptativas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo inapropriado, labilidade do humor, compromisso do juízo crítico) que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas desenvolvem-se durante ou pouco depois do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos:
   1. Discurso arrastado.
   2. Descoordenação.
   3. Marcha instável.
   4. Nistagmo.
   5. Défice cognitivo (por exemplo, atenção, memória).
   6. Estupor ou coma.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende da existência de perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Se existe uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F13.129**, e se existe uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F13.229**. Se não existe perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbida, então o código ICD-10-CM é **F13.929**.

Nota. Para informações acerca de Desenvolvimento e Curso; Fatores de Risco e de Prognóstico; Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura; Marcadores de Diagnóstico; Consequências Funcionais da Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; e Comorbilidades, ver as secções correspondentes na perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é a presença de alterações comportamentais e psicológicas desadaptativas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo inapropriado, labilidade do humor, compromisso do juízo crítico, défice do funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolve durante ou pouco depois do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (Critérios A e B). Tal como com outros depressores cerebrais, tais como o álcool, estes comportamentos podem ser acompanhados de discurso arrastado, descoordenação (em níveis que podem interferir de tal forma com as capacidades de condução e com o desempenho em atividades habituais a ponto de poderem causar quedas ou acidentes de viação), marcha instável, nistagmo, défice cognitivo (por exemplo, problemas da atenção ou de memória) e estupor ou coma (Critério C). O défice da memória é uma característica proeminente da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e é mais frequentemente caracterizada por amnésia anterógrada que se assemelha aos «*blackouts* alcoólicos», podendo ser perturbadores para o indivíduo. Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D). A intoxicação pode ocorrer em indivíduos que recebem estas substâncias através de prescrição, que pedem a medicação emprestada a amigos ou a conhecidos, ou que tomam deliberadamente a substância para atingir a intoxicação.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As características associadas incluem consumir uma quantidade de medicamento superior à que foi prescrita, tomar múltiplos medicamentos diferentes, ou misturar agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com álcool, o que pode aumentar grandemente os efeitos destes agentes.

Prevalência

A prevalência de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos na população geral é desconhecida. Todavia, é provável que os utilizadores não médicos de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apresentem, a determinada altura, sinais ou sintomas que preenchem os critérios para intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Se assim for, então a prevalência de uso não médico de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos na população em geral é semelhante à prevalência de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Por exemplo, os tranquilizantes são usados não medicamente por 2,2% dos americanos com mais de 12 anos.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de uso de álcool. Uma vez que as apresentações clínicas podem ser idênticas, a distinção entre intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e perturbações de uso de álcool necessitam de evidência de ingestão recente de medicamentos sedativos, hipnóticos ou

ansiolíticos através do autorrelato, relato de informadores ou teste toxicológico. Muitos indivíduos com uso indevido de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ter também uso indevido de álcool e de outras substâncias, sendo assim possíveis múltiplos diagnósticos de intoxicação.

Intoxicação pelo álcool. A intoxicação pelo álcool pode ser distinguida da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos através do cheiro a álcool no hálito do indivíduo. De outra forma, as características das duas perturbações podem ser semelhantes.

Outras perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é distinguida de outras perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, perturbação de ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, com início durante a abstinência) porque os sintomas destas últimas perturbações predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para garantir atenção clínica.

Perturbações neurocognitivas. Em situações de compromisso cognitivo, lesão cerebral traumática e *delirium* por outras causas, os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser intoxicantes em doses muito baixas. O diagnóstico diferencial nestas situações complexas baseia-se na síndrome predominante. Um diagnóstico adicional de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode ser apropriado mesmo que, no âmbito destas outras (ou semelhantes) condições coocorrentes, a substância tenha sido ingerida em dose baixa.

Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Critérios de Diagnóstico

A. Cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que tem sido prolongado.
B. Dois (ou mais) dos seguintes, desenvolvendo-se dentro de várias horas até 5 dias depois da cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descrita no Critério A:
   1. Hiperatividade autonómica (por exemplo, sudorese ou frequência cardíaca superior a 100 bpm).
   2. Tremor das mãos.
   3. Insónia.
   4. Náuseas ou vómitos.
   5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
   6. Agitação psicomotora.
   7. Ansiedade.
   8. Convulsões de grande mal.
C. Os sinais ou sintomas do Critério B podem causar mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Especificar se:

Com alterações da perceção. Este especificador pode ser utilizado quando ocorrem alucinações com teste da realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis na ausência de *delirium*.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.0**. O código ICD-10-CM para perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos depende da existência, ou não, de uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e da existência, ou não, de alterações da perceção. Para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sem alterações da perceção, o código ICD-10-CM é **F13.239**. Para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com alterações da perceção, o código ICD-10-CM é **F13.232**. Note que os códigos ICD-10-CM indicam a presença de uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderada a grave comórbida, refletindo o facto de a abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos poder ocorrer exclusivamente na presença de uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderada. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com a abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Nota. Para informações acerca do Desenvolvimento e Curso; Fatores de Risco e de Prognóstico; Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura; Consequências Funcionais da Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; e Comorbilidades, ver as secções correspondentes na perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é a presença de uma síndrome característica que se desenvolve após uma diminuição marcada ou cessação da ingestão após várias semanas ou mais de uso regular (Critérios A e B). Esta síndrome de abstinência é caracterizada por 2 ou mais sintomas (semelhantes à abstinência de álcool) que incluem hiperatividade autonómica (por exemplo, aumento das frequências cardíaca e respiratória, da pressão arterial ou da temperatura corporal, juntamente com sudação); tremor das mãos; insónia; náuseas, por vezes acompanhadas de vómitos; ansiedade; e agitação psicomotora. As convulsões de grande mal podem ocorrer provavelmente em até 20%-30% dos indivíduos que estão a passar por abstinência não tratada destas substâncias. Na abstinência grave, podem ocorrer alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas, mas que surgem habitualmente no contexto de *delirium*. Se o teste da realidade do indivíduo está intacto (isto é, o indivíduo sabe que a substância está a causar as alucinações) e as ilusões ocorrem com sensório claro, o especificador «com alterações da perceção» pode ser anotado. Quando as alucinações ocorrem na ausência de teste da realidade intacto, deve ser considerado o diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substância/medicamento. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não podem ser atribuíveis a outras condições médicas e não são mais bem explicados por outras perturbações mentais (por exemplo, abstinência de álcool ou perturbação de ansiedade generalizada) (Critério D). O alívio dos sintomas de ansiedade com a administração de qualquer agente sedativo-hipnótico deve suportar o diagnóstico de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O *timing* e a gravidade da síndrome de abstinência irão diferir dependendo da substância específica e da sua farmacocinética e farmacodinâmica. Por exemplo, a abstinência de substâncias de ação curta que são rapidamente absorvidas e que não têm metabolitos ativos (por exemplo, triazolam) pode iniciar-se horas após ter sido suspensa a substância; a abstinência

de substâncias com metabolitos de ação longa (por exemplo, diazepam) pode não se iniciar por 1-2 dias ou mais. A síndrome de abstinência produzida por substâncias desta classe pode ser caracterizada pelo desenvolvimento de *delirium* que pode colocar a vida em risco. Pode haver evidência de tolerância ou de abstinência na ausência de um diagnóstico de perturbação de uso de substâncias num indivíduo que descontinuou abruptamente as benzodiazepinas que foram tomadas por longos períodos de tempo em doses terapêuticas e por prescrição. Todavia, os códigos ICD-10-CM permitem o diagnóstico de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos na presença de perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderada ou grave comórbida.

O curso temporal da síndrome de abstinência é em geral prevista pela semivida da substância. Medicamentos cujas ações duram tipicamente 10 horas ou menos (por exemplo, lorazepam, oxazepam, temazepam) produzem sintomas de abstinência em 6-8 horas após a diminuição dos níveis sanguíneos. O seu pico de intensidade é atingido no segundo dia e melhora marcadamente ao quarto ou ao quinto dias. Para substâncias com semividas mais longas (por exemplo, diazepam), os sintomas podem não se desenvolver por mais do que uma semana, com um pico de intensidade na segunda semana e uma diminuição marcada durante a terceira ou quarta semanas. Podem existir sintomas a longo prazo adicionais a um nível de intensidade muito mais baixo que persistem por vários meses.

Quanto mais longo o tempo de uso da substância maiores as doses usadas, maior a probabilidade de ocorrer uma abstinência grave. Todavia, a abstinência foi relatada com doses tão baixas quanto 15 mg de diazepam (ou o seu equivalente para outras benzodiazepinas) quando tomado diariamente durante vários meses. Doses de aproximadamente 40 mg de diazepam (ou seu equivalente) por dia são mais suscetíveis de produzir sintomas de abstinência clinicamente relevantes, e até doses maiores (por exemplo, 100 mg de diazepam) são mais suscetíveis de serem seguidas de convulsões ou de *delirium* de abstinência. O *delirium* de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é caracterizado por alterações da consciência e cognição, com alucinações visuais, táteis ou auditivas. Quando presente, no lugar da abstinência deve ser diagnosticado um *delirium* por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Prevalência

A prevalência da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não é clara.

Marcadores de Diagnóstico

As convulsões e a instabilidade autonómica no contexto de uma história de exposição prolongada a medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sugerem, com grande probabilidade, a abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Os sintomas de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser mimetizados por outras condições médicas (por exemplo, hipoglicemia, cetoacidose diabética). Se as convulsões são uma característica da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, o diagnóstico diferencial inclui as diversas causas de convulsões (por exemplo, infeções, lesão craniana, envenenamentos).

Tremor essencial. O tremor essencial, uma perturbação que ocorre com frequência em famílias, pode sugerir erradamente tremores associados a abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Abstinência de álcool. A abstinência de álcool produz uma síndrome muito semelhante à da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Outras perturbações induzidas por outros sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos distingue-se de outras perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, perturbações de ansiedade induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, com início durante a abstinência) porque os sintomas destas últimas perturbações predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para garantir atenção clínica.

Perturbações de ansiedade. A recorrência ou agravamento de uma perturbação de ansiedade subjacente produz uma síndrome semelhante à abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Pode suspeitar-se de abstinência com a redução abrupta da dose de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Quando está a decorrer um desmame, pode ser difícil a distinção entre síndrome de abstinência e uma perturbação de ansiedade subjacente. Tal como com o álcool, sintomas de abstinência persistentes (por exemplo, ansiedade, mau humor e dificuldades em dormir) podem ser confundidos com perturbações de ansiedade ou depressivas não induzidas por substância/medicamento (por exemplo, perturbação de ansiedade generalizada).

Outras Perturbações Induzidas por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

As seguintes perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são descritas noutros capítulos do manual com perturbações com as quais partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos nesses capítulos): perturbação psicótica induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação bipolar induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»); perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Perturbações Depressivas»); perturbação de ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Perturbações de Ansiedade»); perturbações do sono induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Perturbações do Sono-Vigília»); disfunções sexuais induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Disfunções Sexuais»); perturbação neurocognitiva major ou ligeira induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos («Perturbações Neurocognitivas»). Para o *delirium* por intoxicação ou abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são diagnosticadas no lugar de intoxicação ou abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apenas quando os sintomas são suficientemente graves para garantir a atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Não Especificada

292.9 (F13.99)

Esta categoria aplica-se às apresentações em que predominam sintomas característicos das perturbações relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos específica ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com Estimulantes

Perturbação de Uso de Estimulantes
Intoxicação por Estimulantes
Abstinência de Estimulantes
Outras Perturbações Induzidas por Estimulantes
Perturbação Relacionada com Estimulantes Não Especificada

Perturbação de Uso de Estimulantes

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão de uso de substâncias tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos por 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. O estimulante é frequentemente consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso do estimulantes.
   3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de estimulantes, uso do estimulante ou a recuperar dos seus efeitos.
   4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de estimulantes.
   5. Uso recorrente de estimulantes, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa.
   6. Uso continuado de estimulantes, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos dos estimulantes.
   7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de estimulantes.
   8. Uso recorrente de estimulantes em situações em que é fisicamente perigoso.

9. O uso de estimulantes é continuado, apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente é causado ou exacerbado pelos estimulantes.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
    a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de estimulantes para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de um estimulante.

    Nota. Este critério não se considera preenchido nos indivíduos que tomam medicamentos estimulantes exclusivamente sob supervisão médica adequada, tais como medicamentos para a perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou narcolepsia.
11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:
    a. Síndrome de abstinência característica de estimulantes (consulte os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de estimulantes, p. 682-683).
    b. Os estimulantes (ou uma substância intimamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

    Nota. Este critério não se considera preenchido nos indivíduos que tomam medicamentos estimulantes exclusivamente sob supervisão médica adequada, tais como medicamentos para a perturbação de hiperatividade/défice de atenção ou narcolepsia.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de estimulantes, nenhum critério para perturbação de uso de estimulantes foi preenchido durante um mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com exceção do Critério A4 «*Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de estimulantes» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de estimulantes, nenhum critério para perturbação de uso de estimulantes foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do critério A4 «*Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de estimulantes» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a estimulantes é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por anfetaminas, abstinência de anfetaminas ou outra perturbação mental induzida por anfetaminas estiver presente, não utilize os códigos abaixo para a perturbação de uso de anfetaminas. Em vez deles, a perturbação de uso de anfetaminas comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por anfetaminas (ver a nota de codificação para a intoxicação por anfetaminas, abstinência de anfetaminas ou para uma perturbação mental específica induzida por anfetaminas). Por exemplo, se existir perturbação depressiva comórbida induzida por substâncias de tipo anfetamina ou por outras substâncias, apenas é atribuído o código para a perturbação depressiva induzida por substâncias de tipo anfetamina ou por outras substâncias, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação depressiva comórbida induzida por substâncias de tipo anfetamina ou por outras substâncias é ligeira, moderada ou grave: **F15.14** para perturbação de uso de substâncias de tipo anfetamina ou outras substâncias com perturbação depressiva induzida por substâncias de tipo anfetamina ou por outras substâncias ligeira, ou **F15.24** para perturbação de uso de substâncias de tipo anfetamina ou outras substâncias com perturbação depressiva induzida por substâncias de tipo anfetamina ou por outras substâncias moderada ou grave. De forma semelhantes, se existir uma perturbação depressiva comórbida induzida por cocaína e uma perturbação de uso de cocaína,

apenas é atribuído o código para perturbação depressiva induzida por cocaína, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação comórbida de uso de cocaína é ligeira, moderada ou grave: F14.14 para perturbação de uso de cocaína ligeira com perturbação depressiva induzida por cocaína ou F14.24 para uma perturbação de uso de cocaína moderada a grave com perturbação depressiva induzida por cocaína.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

305.70 (F15.10) Substância tipo anfetamina

305.60 (F14.10) Cocaína

305.70 (F15.10) Outro estimulante ou estimulante não especificado

Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.40 (F15.20) Substância tipo anfetamina

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Outro estimulante ou estimulante não especificado

Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

304.40 (F15.20) Substância tipo anfetamina

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Outro estimulante ou estimulante não especificado

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Características de Diagnóstico

As anfetaminas e os estimulantes tipo anfetamina incluem substâncias com uma estrutura modificada da feniletilamina, como anfetamina, dextroanfetamina e metanfetamina. Estão também incluídas as substâncias que são estruturalmente diferentes, mas que têm efeitos semelhantes, tais como o metilfenidato. Em regra, estas substâncias são tomadas por via oral ou endovenosa, apesar de a metanfetamina ser também tomada por via nasal. Além dos compostos sintéticos tipo anfetamina, existem estimulantes derivados de plantas que surgem naturalmente, tal como o *khât*. As anfetaminas e outros estimulantes podem ser obtidos por prescrição para o tratamento de obesidade, perturbação de hiperatividade/défice de atenção e narcolepsia. Consequentemente, os estimulantes prescritos podem ser desviados para o mercado ilegal. Os efeitos das anfetaminas e das drogas tipo anfetamina são semelhantes aos da cocaína, de tal forma que os critérios para perturbação de uso de estimulantes são aqui apresentados como uma única perturbação com a possibilidade de especificar o estimulante que em concreto é usado pelo indivíduo. A cocaína pode ser consumida sob diversas preparações (por exemplo, folhas de coca, pasta de coca, hidrocloreto de cocaína e alcaloides de cocaína como a *free base* e o *crack*) que diferem em potência por causa dos níveis variáveis de pureza e da velocidade de início de ação. Todavia, em todas as formas da substância, a cocaína é o ingrediente ativo. O hidrocloreto de cocaína em pó é habitualmente «snifado» através das narinas ou dissolvido em água e injetado por via endovenosa.

Os indivíduos expostos a estimulantes tipo anfetamina ou cocaína podem desenvolver uma perturbação de uso de estimulantes num período tão rápido quanto 1 semana, apesar de o início nem sempre ser tão rápido. Independentemente da via de administração, ocorre tolerância com o uso repetido. Os sintomas de abstinência, em particular hipersónia, aumento do apetite e disforia, podem ocorrer e acentuar o *craving*. A maioria dos indivíduos com perturbação de uso de estimulantes já experimentou tolerância ou abstinência.

Os padrões de uso e curso são semelhantes para as perturbações que envolvem estimulantes tipo anfetamina e cocaína, pelo facto de ambas as substâncias serem poderosos estimulantes do sistema nervoso central com efeitos psicoativos e simpaticomiméticos semelhantes. Os estimulantes tipo anfetamina têm uma ação mais prolongada do que a cocaína, pelo que são usados menos vezes por dia. O uso pode ser crónico ou episódico, com consumos compulsivos (*binges*) pontuados por breves períodos de não uso. O comportamento agressivo e violento é comum quando são fumadas, ingeridas ou administradas por via endovenosa doses pesadas de estimulantes. A ansiedade intensa e temporária que se assemelha a perturbação de pânico ou perturbação de ansiedade generalizada, tal como ideação paranoide e episódios psicóticos que se assemelham a esquizofrenia, podem ser observadas com o uso de doses pesadas.

Os estados de abstinência estão associados a sintomas depressivos intensos, mas temporários, que se podem assemelhar a um episódio depressivo major; os sintomas depressivos em regra desaparecem numa semana. A tolerância a estimulantes tipo anfetamina desenvolve-se e leva ao aumento de dose. Por outro lado, alguns utilizadores de estimulantes tipo anfetamina desenvolvem sensibilização, caracterizada por efeitos aumentados.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Quando injetados ou fumados, os estimulantes produzem tipicamente uma sensação instantânea de bem-estar, confiança e euforia. Alterações comportamentais dramáticas podem desenvolver-se rapidamente com a perturbação de uso de estimulantes. Comportamento caótico, isolamento social, comportamento agressivo e disfunção sexual podem resultar de uma perturbação de uso de estimulantes a longo prazo.

Os indivíduos com intoxicação aguda podem apresentar discurso incoerente, cefaleias, ideias de referência transitórias e zumbidos. Pode existir ideação paranoide, alucinações auditivas com clareza do sensório, e alucinações táteis, que o indivíduo reconhece em regra como efeitos da droga. Podem ocorrer ameaças ou passagens ao ato de comportamento agressivo. Depressão, ideação suicida e irritabilidade, anedonia, labilidade emocional ou perturbações da atenção ou da concentração ocorrem habitualmente durante a abstinência. As perturbações mentais associadas ao uso de cocaína resolvem-se em geral em horas a dias após a cessação do uso, mas podem persistir por 1 mês. As alterações fisiológicas durante a abstinência de estimulantes são o oposto das da fase de intoxicação, por vezes incluindo bradicardia. Os sintomas depressivos temporários podem preencher os critérios sintomáticos e de duração para episódio depressivo major. Histórias consistentes com ataques de pânico repetidos, comportamento tipo perturbação de ansiedade social (fobia social) e síndromes tipo ansiedade generalizada são comuns, tal como o são perturbações alimentares. Um caso extremo de toxicidade por estimulantes é a perturbação psicótica induzida por estimulantes, uma perturbação que se assemelha à esquizofrenia, com delírios e alucinações.

Os indivíduos com perturbação de uso de estimulantes podem desenvolver respostas condicionadas a estímulos relacionados com a droga (por exemplo, *craving* ao ver qualquer

substância tipo pó branco). Estas respostas contribuem para a recaída, são difíceis de extinguir e persistem após a desintoxicação.

Durante a abstinência de estimulantes, podem ocorrer sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida, sendo em regra os problemas observados de maior gravidade.

Prevalência

Perturbação de uso de estimulantes: estimulantes tipo anfetamina. A prevalência a 12 meses estimada para a perturbação de uso de estimulantes tipo anfetamina nos EUA é de 0,2% para os indivíduos de 12-17 anos e 0,2% para os de 18 ou mais anos. As taxas são semelhantes nos adultos dos géneros masculino e feminino (0,2%), mas entre os 12 e os 17 anos, a taxa para o feminino (0,3%) é superior à do masculino (0,1%). O uso de estimulantes endovenosos tem uma razão masculino-feminino de 3:1 ou 4:1, mas as taxas são mais equilibradas nos utilizadores que não se injetam, representando o género masculino cerca de 54% das admissões para tratamento primário. A prevalência a 12 meses é mais elevada nos de 18-29 anos (0,4%) comparativamente com os de 45-64 anos (0,1%). Para os de 12-17 anos, as taxas são mais elevadas em brancos e afro-americanos (0,3%) comparativamente com hispânicos (0,1%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,01%), estando a perturbação de uso de estimulantes tipo anfetamina virtualmente ausente nos nativos americanos. Nos adultos, as taxas são mais elevadas nos nativos americanos e nativos do Alasca (0,6%) comparativamente com brancos (0,2%) e hispânicos (0,2%), estando a perturbação de uso de estimulantes tipo anfetamina virtualmente ausente nos afro-americanos e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico. O uso sem prescrição de estimulantes de prescrição no último ano ocorreu em 5%-9% das crianças do ensino secundário, com 5%-35% dos indivíduos em idade universitária a referir o seu uso no ano anterior.

Perturbação de uso de estimulantes: cocaína. A prevalência a 12 meses para a perturbação de uso de cocaína nos EUA é de 0,2% nos indivíduos de 12-17 anos e 0,3% nos de 18 ou mais anos. As taxas são mais elevadas no género masculino (0,4%) do que no feminino (0,1%). As taxas são mais elevadas nos indivíduos de 18-29 anos (0,6%) e mais baixas nos de 45-64 anos (0,1%). Nos adultos, as taxas são mais elevadas nos americanos nativos (0,8%) comparativamente com afro-americanos (0,4%), hispânicos (0,3%), brancos (0,2%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,1%). Em contraste, nos indivíduos de 12-17 anos, as taxas são semelhantes nos hispânicos (0,2%), brancos (0,2%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,2%); e mais baixas nos afro-americanos (0,02%), estando a perturbação de uso de cocaína virtualmente ausente nos americanos nativos e nativos do Alasca.

Desenvolvimento e Curso

As perturbações de uso de estimulantes ocorrem em todos os níveis da sociedade e são mais comuns nos indivíduos com idades de 12-25 anos comparativamente com indivíduos com 26 ou mais anos. O primeiro uso regular nos indivíduos em tratamento ocorre, em média, por volta dos 23 anos. Nas admissões para tratamento primário de metanfetamina, a idade média é 31 anos.

Alguns indivíduos iniciam o uso de estimulantes para controlo ponderal e para aumentar do desempenho escolar, laboral e atlético. Isto inclui a obtenção de medicamentos, tais como metilfenidato ou sais de anfetamina prescritos a terceiros para a perturbação de hiperatividade/ /défice de atenção. A perturbação de uso de estimulantes pode desenvolver-se rapidamente com a administração endovenosa ou fumada; entre as admissões primárias por uso de estimulantes tipo anfetamina, 66% relataram fumar, 18% relataram injetar e 10% relataram snifar.

Os padrões de administração de estimulantes incluem o uso episódico ou diário (ou quase diário). O uso episódico tende a ser separado por 2 ou mais dias de não-uso (por exemplo, uso intenso durante um fim-de-semana ou em 1 ou mais dias da semana). Os consumos compulsivos («*binges*») envolvem o uso continuado de doses pesadas ao longo de horas ou dias, estando frequentemente associados a dependência física. Em regra, os consumos compulsivos (*binges*) apenas terminam quando terminam as reservas de estimulantes ou quando ocorre a exaustão. O uso diário crónico pode envolver doses altas ou baixas, muitas vezes com um aumento da dose ao longo do tempo.

O uso de estimulantes fumados ou endovenosos está associado a progressão rápida para perturbação de uso de estimulantes de nível grave, ocorrendo frequentemente em semanas a meses. O uso intranasal de cocaína e o uso oral de estimulantes tipo anfetamina resultam numa progressão mais gradual, ocorrendo ao longo de meses a anos. Com o uso continuado, existe uma diminuição dos efeitos geradores de prazer devido à tolerância e a um aumento dos efeitos disfóricos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Em amostras de indivíduos sob tratamento, a perturbação bipolar, esquizofrenia, perturbação antissocial da personalidade e outras perturbações de uso de substâncias comórbidas são fatores de risco para o desenvolvimento de perturbação de uso de estimulantes e para recaídas de uso de cocaína. A perturbação do comportamento na infância e a perturbação antissocial da personalidade estão associadas ao desenvolvimento tardio de perturbações relacionadas com estimulantes.

Ambientais. Os preditores de uso de cocaína nos adolescentes incluem a exposição pré-natal a cocaína, uso de cocaína pós-natal pelos pais e a exposição a violência comunitária durante a infância. Para os jovens, sobretudo do género feminino, os fatores de risco incluem viver num ambiente familiar instável, ter uma perturbação psiquiátrica e associar-se a traficantes e utilizadores.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As perturbações concomitantes ao uso de estimulantes afetam todos os grupos raciais/étnicos, socioeconómicos, etários e de género. Os aspetos de diagnóstico podem estar relacionados com consequências sociais (por exemplo, ser preso, suspensão escolar, suspensão laboral). Apesar de existirem pequenas variações, os critérios de diagnóstico para perturbação de uso de cocaína e de outros estimulantes têm um desempenho igualmente bom nos diferentes grupos de género e de raça/etnicidade.

O uso crónico de cocaína compromete a função cardíaca ventricular esquerda nos afro-americanos. Aproximadamente 66% dos indivíduos admitidos por perturbações primárias relacionadas com metanfetaminas/anfetaminas são brancos não hispânicos, seguidos de 21% de origem hispânica, 3% de asiáticos e nativos das ilhas do Pacífico e 3% de negros não hispânicos.

Marcadores de Diagnóstico

A benzoilecgonina, um metabolito da cocaína, permanece tipicamente na urina durante 1-3 dias após uma única dose e pode estar presente durante 7-12 dias em indivíduos com uso de doses altas repetidas. Testes de função hepática ligeiramente elevados podem estar presentes nos consumidores de cocaína endovenosa ou utilizadores com uso concomitante de álcool. Não existem marcadores neurobiológicos com utilidade diagnóstica. A interrupção do uso crónico de cocaína

pode estar associada a alterações eletrencefalográficas, sugerindo alterações persistentes, alterações nos padrões de secreção da prolactina e infrarregulação dos recetores da dopamina.

Os estimulantes tipo anfetamina com semivida curta (MDMA [3,4metilenodioxi-N-metil--anfetamina], metanfetamina) podem ser detetados durante 1-3 dias e possivelmente até 4 dias, dependendo da dosagem e do metabolismo. Amostras de cabelos podem ser utilizadas para detetar a presença de estimulantes tipo anfetamina durante 90 dias. Outros achados laboratoriais, tal como achados físicos e outras alterações médicas (por exemplo, perda de peso, desnutrição, má higiene), são semelhantes para a perturbação de uso quer de estimulantes tipo anfetamina quer de cocaína.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Estimulantes

Dependendo da via de administração, podem ocorrer várias patologias médicas. Os utilizadores intranasais desenvolvem muitas vezes sinusite, irritação, hemorragia da mucosa nasal e perfuração do septo nasal. Os indivíduos que fumam as drogas têm um risco aumentado de problemas respiratórios (por exemplo, tosse, bronquite e pneumonite). Os consumidores endovenosos têm veias esclerosadas e marcas de punção («chutos»/«picadas») mais comummente nos antebraços. O risco de infeção por VIH aumenta com as injeções endovenosas frequentes e atividade sexual sem proteção. Também são observadas outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatites e tuberculose, bem como outras infeções pulmonares. A perda de peso e desnutrição são comuns.

A dor torácica pode ser um sintoma comum durante a intoxicação por estimulantes. O enfarte do miocárdio, palpitações e arritmias, morte súbita por paragem respiratória ou cardíaca, e AVC têm sido associados ao uso de estimulantes em indivíduos jovens e saudáveis. As convulsões podem ocorrer com o uso de estimulantes. O pneumotórax pode resultar da realização de manobras tipo Valsava efetuadas para absorver melhor o fumo inalado. As lesões traumáticas devidas a comportamento violento são comuns nos indivíduos que traficam drogas. O uso de cocaína está associado a irregularidades no fiuxo sanguíneo placentário, descolamento precoce da placenta e a aumento da prevalência de crianças com muito baixo peso à nascença.

Os indivíduos com perturbação de uso de estimulantes podem envolver-se em roubos, prostituição, ou tráfico de droga por forma a adquirir drogas ou dinheiro para as drogas.

O défice neurocognitivo é frequente nos utilizadores de metanfetaminas. Os problemas de saúde oral incluem «boca de metanfetamina» (*meth mouth*) com doença gengival, queda dentária, feridas orais relacionadas com os efeitos tóxicos do fumo da droga ou a bruxismo enquanto intoxicado. Os efeitos pulmonares adversos aparentam ser menos frequentes com estimulantes tipo anfetamina porque são fumados menos vezes por dia. As visitas aos serviços de urgência são frequentes para sintomas de perturbações relacionadas com estimulantes, lesões, infeções cutâneas e patologia dentária.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações mentais primárias. As perturbações induzidas por estimulantes podem assemelhar-se às perturbações mentais primárias (por exemplo, perturbação depressiva major) (para discussão deste diagnóstico diferencial, ver «Abstinência de Estimulantes»). As alterações mentais resultantes dos efeitos dos estimulantes devem ser distinguidas dos sintomas de esquizofrenia, perturbações depressivas e bipolares, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de pânico.

Intoxicação por fenciclidina. A intoxicação por fenciclidina (PCP, ou pó-de-anjo) ou drogas sintéticas (*designer drugs*), tais como mefedrona (conhecida por nomes diferentes, incluindo sais-de-banho), pode causar quadros clínicos semelhantes e pode ser distinguida da intoxicação por estimulantes apenas pela presença de metabolitos de cocaína ou de substâncias tipo anfetamina numa amostra de urina ou de plasma.

Intoxicação ou abstinência de estimulantes. A intoxicação ou abstinência de estimulantes distingue-se de outras perturbações induzidas por estimulantes (por exemplo, perturbação de ansiedade, com início durante a intoxicação) porque os sintomas destas últimas perturbações predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para garantirem atenção clínica independente.

Comorbilidades

As perturbações relacionadas com estimulantes coocorrem com frequência com outras perturbações de uso de substâncias, em particular as que envolvem substâncias com propriedades sedativas, que são muitas vezes tomadas para reduzir a insónia, nervosismo e outros efeitos adversos desagradáveis. Os utilizadores de cocaína usam frequentemente álcool, enquanto os utilizadores de substâncias tipo anfetamina usam *Cannabis*. A perturbação de uso de estimulantes pode estar associada a perturbação de stress pós-traumático, perturbação antissocial da personalidade, perturbação de hiperatividade/défice de atenção e jogo patológico. Os problemas cardiopulmonares estão frequentemente presentes nos indivíduos que procuram tratamento para problemas relacionados com cocaína, sendo a dor torácica o sintoma mais frequente. Os problemas médicos ocorrem em resposta aos adulterantes utilizados como agentes de «diluição». Os utilizadores de cocaína que ingerem cocaína adulterada com levamisol, um antibacteriano e medicamento veterinário, podem experienciar agranulocitose e neutropenia febril.

Intoxicação por Estimulantes

Critérios de Diagnóstico

A. Uso recente de substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, euforia ou embotamento afetivo; alterações na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade, tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; compromisso do juízo crítico) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de estimulantes.

C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois o uso de estimulantes:
   1. Taquicardia ou bradicardia.
   2. Dilatação pupilar.
   3. Tensão arterial aumentada ou diminuída.
   4. Sudação ou calafrios.
   5. Náuseas ou vómitos.
   6. Evidência de perda de peso.
   7. Agitação ou lentificação psicomotora.
   8. Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas.
   9. Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especificar **o intoxicante específico** (isto é, substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante).

Especificar se:

Com alterações da perceção. Este especificador pode ser utilizado nas situações em que ocorrem alucinações com teste da realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis na ausência de *delirium*.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.89**. O código ICD-10-CM depende do facto de o estimulante ser uma anfetamina, cocaína ou outro estimulante; da existência ou não de perturbação comórbida de uso de anfetamina, cocaína ou de outro estimulante; e da existência, ou não, de alterações da perceção.

Para a intoxicação por anfetamina, cocaína ou por outro estimulante, sem alterações da perceção. Se existe uma perturbação de uso de anfetamina ou de outro estimulante ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F15.129**, e se existe uma perturbação de uso de anfetamina ou de outro estimulante moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F15.229**. Se não existe nenhuma perturbação de uso de anfetamina ou de outro estimulante comórbida, o código ICD-10-CM é **F15.929**. Da mesma maneira, se uma perturbação de uso de cocaína ligeira é comórbida, o código ICD-10-CM é **F14.129**, e se uma perturbação de uso de cocaína moderada ou grave é comórbida, o código ICD-10-CM é **F14.229**. Se não existe perturbação de uso de cocaína comórbida, o código ICD-10-CM é **F14.929**.

Para a intoxicação por anfetamina, cocaína ou por outro estimulante, com alterações da perceção. Se existe uma perturbação de uso de anfetamina ou de outro estimulante ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F15.122**, e se existe uma perturbação de uso de anfetamina ou de outro estimulante moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é **F15.222**. Se não existe perturbação de uso de anfetamina ou de outro estimulante comórbida, o código ICD-10-CM é **F15.922**. De mesma maneira, se uma perturbação de uso de cocaína ligeira é comórbida, o código ICD-10-CM é **F14.122**, e se uma perturbação de uso de cocaína moderada ou grave é comórbida, o código ICD-10-CM é **F14.222**. Se não existe perturbação de uso de cocaína comórbida, o código ICD-10-CM é **F14.922**.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da intoxicação por estimulantes, relacionada com estimulantes tipo anfetamina e cocaína, é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso de estimulantes (Critérios A e B). As alucinações auditivas podem ser proeminentes, tal como o pode ser a ideação paranoide, e estes sintomas devem ser distinguidos de uma perturbação psicótica independente, tal como a esquizofrenia. A intoxicação por estimulantes inicia-se habitualmente com uma sensação de «estar pedrado» e inclui um ou mais dos seguintes: euforia com aumento do vigor, sociabilidade, hiperatividade, inquietação, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, loquacidade, ansiedade, tensão, alerta, grandiosidade, comportamento estereotipado e repetitivo, raiva, compromisso do juízo crítico e, no caso de intoxicação crónica, embotamento afetivo com cansaço ou tristeza e isolamento social. Estas alterações comportamentais e psicológicas são acompanhadas por 2 ou mais dos seguintes sintomas que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso de estimulantes: taquicardia ou bradicardia;

dilatação pupilar; tensão arterial aumentada ou diminuída, sudação ou calafrios; náuseas ou vómitos; evidência de perda de peso; agitação ou lentificação psicomotora; fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas; e confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma (Critério C). A intoxicação, tanto aguda quanto crónica, está muitas vezes associada a défices do funcionamento social ou ocupacional. A intoxicação grave pode levar a convulsões, arritmias cardíacas, hiperpirexia e morte. Para ser feito o diagnóstico de intoxicação por estimulantes, os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D). Enquanto a intoxicação por estimulantes ocorre em indivíduos com perturbações de uso de estimulantes, a intoxicação não é um critério para perturbação de uso de estimulantes, a qual é confirmada pela presença de 2 dos 11 critérios de diagnóstico para perturbação de uso.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A magnitude e direção das alterações comportamentais e fisiológicas depende de muitas variáveis, incluindo a dose usada e as características do indivíduo que usa a substância ou do contexto (por exemplo, tolerância, taxa de absorção, cronicidade do uso, contexto em que é tomado). Os efeitos dos estimulantes, tais como a euforia, aumento da pulsação e da tensão arterial e a atividade psicomotora, são muitas vezes observados. Os efeitos depressivos, tais como tristeza, bradicardia, diminuição da tensão arterial e a diminuição da atividade psicomotora, são menos comuns e emergem em regra apenas com o uso crónico de doses pesadas.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações induzidas por substâncias. A intoxicação por estimulantes distingue-se das outras perturbações induzidas por estimulantes (por exemplo, perturbação depressiva induzida por estimulantes, perturbação bipolar, perturbação psicótica, perturbação de ansiedade) porque a gravidade dos sintomas de intoxicação excede a que está associada às perturbações induzidas por estimulantes, necessitando os sintomas de atenção clínica independente. O *delirium* por intoxicação por estimulantes deverá ser distinguido por uma alteração nos níveis de consciência e alteração da cognição.

Outras perturbações mentais. Alterações mentais salientes associadas a intoxicação por estimulantes devem ser distinguidas dos sintomas de esquizofrenia, tipo paranoide; perturbações bipolares e depressivas; perturbação de ansiedade generalizada; e perturbação de pânico, tal como descrito no DSM-5.

Abstinência de Estimulantes

Critérios de Diagnóstico

A. Cessação (ou redução) do uso prolongado de substâncias tipo anfetamina, cocaína ou de outro estimulante.

B. Humor disfórico e 2 (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas que se desenvolvem de algumas horas a vários dias depois o Critério A:

   1. Cansaço.
   2. Pesadelos vívidos e desagradáveis.

3. Insónia ou hipersónia.
4. Aumento do apetite.
5. Lentificação ou agitação psicomotora.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra patologia médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Especificar **a substância específica que causa a síndrome de abstinência** (isto é, substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante).

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.0**. O código ICD-10-CM depende de se o estimulante é uma anfetamina, cocaína ou outro estimulante. O código ICD-10-CM para abstinência de anfetamina ou de outro estimulante é **F15.23**, e o código ICD-10-CM para abstinência de cocaína é **F14.23**. Note que o código ICD-10-CM indica a presença de perturbação de uso de anfetamina, cocaína ou outro estimulante moderada ou grave comórbida, refletindo o facto de a abstinência de anfetamina, cocaína ou de outro estimulante apenas poder ocorrer na presença de perturbação de uso de anfetamina, cocaína ou de outro estimulante moderada ou grave. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de anfetamina, cocaína ou de outro estimulante ligeira comórbida com abstinência de anfetamina, cocaína ou de outro estimulante.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da abstinência de estimulante é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve de algumas horas a vários dias depois da cessação (ou redução marcada) do uso de estimulante (em regra em dose pesada) que tem sido prolongado (Critério A). A síndrome de abstinência é caracterizada pelo desenvolvimento de humor disfórico acompanhado de 2 ou mais das seguintes alterações fisiológicas: cansaço, pesadelos vívidos e desagradáveis, insónia ou hipersónia, aumento do apetite e lentificação ou agitação psicomotora (Critério B). A bradicardia está frequentemente presente e é uma medida fiável de abstinência de estimulante.

A anedonia e o *craving* para a droga podem muitas vezes estar presentes, mas não fazem parte dos critérios de diagnóstico. Estes sintomas causam mal-estar clinicamente significativo e défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os sintomas de abstinência agudos (o *crash*) são frequentemente observados após períodos repetitivos de uso de doses pesadas (consumos compulsivos [«*runs*» ou «*binges*»]). Estes períodos são caracterizados por sensações intensas e desconfortáveis de lassitude e depressão e aumento do apetite, em regra necessitando de vários dias de descanso e de recuperação. Podem ocorrer sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida, sendo em regra os problemas mais graves observados durante «o *crash*» ou outras formas de abstinência de estimulante. A maioria dos indivíduos com perturbação de uso de estimulantes experimenta uma síndrome de abstinência em algum momento e virtualmente todos os indivíduos com a perturbação referem tolerância.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de uso de estimulantes e outras perturbações induzidas por estimulantes. A abstinência de estimulantes distingue-se da perturbação de uso de estimulantes e das outras perturbações induzidas por estimulantes (por exemplo, *delirium* por intoxicação induzida por estimulantes, perturbação depressiva, perturbação bipolar, perturbação psicótica, perturbação de ansiedade, disfunção sexual, perturbação do sono) porque os sintomas de abstinência são predominantes no quadro clínico e suficientemente graves para necessitarem de atenção clínica independente.

Perturbações Induzidas por Outros Estimulantes

As seguintes perturbações induzidas por estimulantes (que incluem perturbações induzidas por anfetaminas, cocaína e outros estimulantes) são descritas noutros capítulos do manual em conjunto com perturbações com as quais partilham fenomenologia (ver as perturbações mentais específicas induzidas por substâncias/medicamentos nesses capítulos): perturbação psicótica induzida por estimulantes («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação bipolar induzida por estimulantes («Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»); perturbação depressiva induzida por estimulantes («Perturbações Depressivas»); perturbação de ansiedade induzida por estimulantes («Perturbações de Ansiedade»); perturbação obsessivo-compulsiva induzida por estimulantes («Perturbações Obsessivas-Compulsivas e Perturbações Relacionadas»); perturbações do sono induzidas por estimulantes («Perturbações do Sono-Vigília»); e disfunções sexuais induzidas por estimulantes («Disfunções Sexuais»). Para o *delirium* por intoxicação por estimulantes, ver os critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por estimulantes são diagnosticadas no lugar de intoxicação ou abstinência de estimulantes apenas quando os sintomas são suficientemente graves para garantir atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com Estimulantes Não Especificada

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com estimulantes que causam mal-estar clinicamente significativo e défices social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma das perturbações relacionada com estimulantes específica, ou para qualquer uma das perturbações da classe de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.9**. O código ICD-10-CM depende de se o estimulante é uma anfetamina, cocaína ou outro estimulante. O código ICD-10-CM para uma perturbação relacionada com anfetamina ou outro estimulante não especificada é **F15.99**. O código ICD-10-CM para uma perturbação relacionada com cocaína não especificada é **F14.99**.

Perturbações Relacionadas com Tabaco

Perturbação de Uso de Tabaco
Abstinência de Tabaco
Outras Perturbações Induzidas por Tabaco
Perturbação Relacionada com Tabaco Não Especificada

Perturbação de Uso de Tabaco

Critérios de Diagnóstico

A. Um padrão problemático de uso de tabaco que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
   1. O tabaco é muitas vezes consumido em quantidades maiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de tabaco.
   3. É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de tabaco ou uso de tabaco.
   4. *Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de tabaco.
   5. Uso recorrente de tabaco, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa (por exemplo, interferência laboral).
   6. Uso continuado de tabaco, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos do tabaco (por exemplo, discussões com terceiros sobre o uso do tabaco).
   7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de tabaco.
   8. Uso recorrente de tabaco em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, fumar na cama).
   9. O uso de tabaco é continuado, apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente é causado ou exacerbado pelo tabaco.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
      a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de tabaco para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.
   11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:
      a. Uma síndrome de abstinência característica de tabaco (consulte os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de tabaco).
      b. O tabaco (ou uma substância intimamente relacionada, tal como a nicotina) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de tabaco, nenhum critério para perturbação de uso de tabaco foi preenchido durante um mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses (com exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de tabaco » que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de tabaco, nenhum critério para perturbação de uso de tabaco foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de tabaco» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Sob terapêutica de manutenção. O indivíduo está a tomar medicação de manutenção a longo prazo, tal como medicação de substituição de nicotina, e não foi preenchido qualquer critério para perturbação de uso de tabaco para essa classe de medicamento (exceto tolerância ou abstinência de medicamento de substituição de nicotina).

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso a tabaco é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para os códigos ICD-10-CM: se uma abstinência de tabaco ou perturbação do sono induzida pelo tabaco estiver presente, não utilize os códigos abaixo para perturbação de uso de tabaco. Em vez deles, a perturbação de uso de tabaco comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por tabaco (ver a nota de codificação para a abstinência de tabaco ou para perturbação do sono induzida por tabaco). Por exemplo, se existir uma perturbação do sono induzida por tabaco comórbida e uma perturbação de uso de tabaco, apenas é atribuído o código para a perturbação do sono induzida pelo tabaco, com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de tabaco comórbida é moderada ou grave: **F17.208** para perturbação de uso de tabaco moderada ou grave com perturbação do sono induzida por tabaco. Não é permitido codificar a perturbação de uso de tabaco ligeira comórbida com perturbação do sono induzida por tabaco.

Especificar a gravidade atual:

305.1 (Z72.0) Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

305.1 (F17.200) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

305.1 (F17.200) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Sob terapêutica de manutenção» aplica-se como especificador adicional em indivíduos em manutenção com outro medicamento para cessação tabágica (por exemplo, bupropiona, vareniclina) e como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver simultaneamente em remissão e a receber terapêutica de manutenção. «Em ambiente controlado» aplica-se como especificador de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Características de Diagnóstico

A perturbação de uso de tabaco é frequente em indivíduos que usam diariamente cigarros ou tabaco sem fumo e é incomum em indivíduos que não usam tabaco diariamente ou que usam medicamentos de nicotina. A tolerância ao tabaco é exemplificada pelo desaparecimento das náuseas e tonturas depois do consumo repetido e pelo efeito mais intenso do tabaco na primeira vez que é usado durante o dia. A cessação do uso de tabaco pode produzir uma síndrome de abstinência bem definida. Muitos indivíduos com perturbação de uso

de tabaco usam-no para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência (por exemplo, após estar numa situação em que o uso de tabaco é restrito). Muitos indivíduos que usam tabaco têm sintomas físicos ou doenças relacionados com o tabaco, continuando, ainda assim, a fumar. A grande maioria relata *craving* quando não fumam durante várias horas. O passar demasiado tempo a usar tabaco pode ser exemplificado por fumar em cadeia (isto é, fumar um cigarro a seguir ao outro sem qualquer intervalo entre os cigarros). Pelo facto de as fontes de tabaco estarem fácil e legalmente acessíveis, e pelo facto de a intoxicação por nicotina ser muito rara, é pouco frequente passar grande parte do tempo a tentar obter tabaco ou a recuperar dos seus efeitos. O abandono de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas pode ocorrer quando o indivíduo abdica de uma atividade porque se desenrola em zonas de uso restrito de tabaco. O uso de tabaco raramente resulta em incapacidade de cumprir obrigações importantes (por exemplo, interferência laboral, ou interferência com obrigações domésticas), mas podem ocorrer, com uma prevalência intermédia, problemas sociais ou interpessoais persistentes (por exemplo, ter discussões com outras pessoas acerca do uso de tabaco, evitamento de situações sociais por causa da desaprovação pelos outros do uso de tabaco) ou uso fisicamente perigoso (por exemplo, fumar na cama, fumar ao pé de químicos inflamáveis). Apesar de estes critérios serem menos vezes referidos pelos utilizadores de tabaco, se o forem podem indicar uma perturbação mais grave.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Fumar nos 30 minutos a seguir a acordar, fumar diariamente, fumar mais cigarros por dia e acordar a meio da noite para fumar são características associadas a perturbação de uso de tabaco. Estímulos ambientais podem provocar *craving* ou abstinência. Podem ocorrer patologias médicas graves, tais como cancros pulmonares ou outros, patologias cardíaca e pulmonar, problemas perinatais, tosse, falta de ar e envelhecimento cutâneo acelerado.

Prevalência

Os cigarros são o produto tabágico mais comummente usado, representando mais de 90% do uso de tabaco/nicotina. Nos EUA, 57% dos adultos nunca foram fumadores, 22% são ex-fumadores e 21% são fumadores ativos. Aproximadamente 20% dos fumadores atuais dos EUA são fumadores não diários. A prevalência de uso de tabaco sem fumo é inferior a 5% e a prevalência de uso de tabaco em cachimbos ou charuto é inferior a 1%.

Os critérios de dependência de nicotina do DSM-IV podem ser utilizados para estimar a prevalência da perturbação de uso de tabaco, mas como são um subgrupo dos critérios de perturbação de uso de tabaco, a prevalência de perturbação de uso de tabaco pode ser algo superior. Nos EUA, a prevalência a 12 meses para a dependência de nicotina pelo DSM-IV é de 13% nos adultos com 18 ou mais anos. As taxas são semelhantes entre adultos dos géneros masculino (14%) e feminino (12%) e diminuem com a idade de 17% entre os indivíduos de 18-29 anos até 4% nos indivíduos de 65 ou mais anos. A prevalência da dependência de nicotina atual é maior nos americanos nativos e nativos do Alasca (23%) do que nos brancos (14%), mas é menor nos afro-americanos (10%), asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (6%) e hispânicos (6%). A prevalência nos fumadores diários atuais é de cerca de 50%.

Em muitos países em desenvolvimento, a prevalência de tabagismo é muito mais elevada em indivíduos do género masculino do que do feminino, mas isso não se verifica nos países desenvolvidos. Todavia, existe muitas vezes um atraso na transição demográfica, de tal forma que o tabagismo aumenta no género feminino numa fase mais tardia.

Marcadores de Diagnóstico

O monóxido de carbono na expiração, bem como a nicotina e o seu metabolito cotinina no sangue, saliva ou urina podem ser usados para medir a extensão do uso atual de tabaco ou de nicotina. Todavia, estes apenas se relacionam de modo fraco com a perturbação de uso do tabaco.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Tabaco

As consequências médicas do uso de tabaco iniciam-se muitas vezes quando os utilizadores de tabaco estão na 5.ª década de vida e em regra tornam-se progressivamente mais debilitantes ao longo do tempo. Metade dos fumadores que não param o uso de tabaco vão morrer precocemente de doenças relacionadas com o tabaco, ocorrendo morbilidade relacionada com o tabagismo em mais de metade dos utilizadores de tabaco. A maioria das condições médicas resulta da exposição ao monóxido de carbono, alcatrão e a outros componentes não nicotínicos do tabaco. O maior preditor de reversibilidade é a duração do tabagismo. O tabagismo passivo aumenta o risco de doença cardíaca e de cancro em 30%. O uso a longo prazo de medicamentos de nicotina parece não causar dano médico.

Comorbilidades

As doenças médicas mais comuns do tabagismo são as doenças cardiovasculares, a doença pulmonar obstrutiva crónica e os cancros. O tabagismo também aumenta os problemas perinatais, tais como baixo peso à nascença e aborto. As comorbilidades psiquiátricas mais frequentes são as perturbações de uso de álcool/substâncias, depressivas, bipolares, da ansiedade, da personalidade e de hiperatividade/défice de atenção. Nos indivíduos com perturbação de uso de tabaco atual, a prevalência de perturbações atuais de álcool, drogas, ansiedade, depressivas, bipolares e da personalidade variam entre 22% e 32%. Os fumadores dependentes de nicotina são 2,7-8,1 vezes mais suscetíveis de terem estas perturbações do que os fumadores não dependentes, não fumadores e ex-fumadores.

Abstinência de Tabaco

Critérios de Diagnóstico — 292.0 (F17.203)

A. Uso diário de tabaco por pelo menos várias semanas.

B. Cessação abrupta do uso de tabaco, ou redução na quantidade de tabaco usada, seguida nas 24 horas subsequentes por 4 (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
   1. Irritabilidade, frustração ou raiva.
   2. Ansiedade.
   3. Dificuldade de concentração.
   4. Aumento do apetite.
   5. Inquietação.
   6. Humor deprimido.
   7. Insónia.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.0**. O código ICD-10-CM para abstinência de tabaco é **F17.203**. Note que o código ICD-10-CM indica a presença de uma perturbação de uso de tabaco moderada ou grave comórbida, refletindo o facto de a abstinência de tabaco poder ocorrer apenas na presença de uma perturbação de uso de tabaco moderada ou grave. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de tabaco ligeira comórbida com abstinência de tabaco.

Características de Diagnóstico

Os sintomas de abstinência prejudicam a capacidade de paragem do uso de tabaco. Os sintomas após abstinência de tabaco são em grande medida devidos à privação de nicotina. Os sintomas são muito mais intensos nos indivíduos que fumam cigarros ou usam tabaco sem fumo do que nos que usam medicamentos de nicotina. Esta diferença na intensidade de sintomas deve-se, provavelmente, ao início mais rápido e níveis mais elevados de nicotina nos fumadores de cigarros. A abstinência de tabaco é frequente nos utilizadores diários de tabaco que param ou reduzem, mas também pode ocorrer em utilizadores não diários. Tipicamente, a frequência cardíaca diminui cerca de 5-12 batimentos por minuto nos primeiros dias após parar de fumar. A abstinência de tabaco pode produzir alterações do humor clinicamente significativas e défice funcional.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O *craving* para comidas doces e açucaradas e o défice de desempenho em tarefas que requerem vigilância estão associados a abstinência de tabaco. A abstinência pode aumentar a obstipação, tosse, vertigem, sonhos/pesadelos, náuseas e dor de garganta. O tabagismo aumenta o metabolismo de muitos medicamentos utilizados no tratamento de perturbações mentais. Assim, parar de fumar pode aumentar os níveis sanguíneos desses medicamentos, o que pode produzir resultados clinicamente significativos. Este efeito parece ser devido não à nicotina, mas a outros compostos do tabaco.

Prevalência

Aproximadamente 50% dos utilizadores de tabaco que param durante 2 ou mais dias terão sintomas que cumprem critérios para abstinência de tabaco. Os sinais e sintomas mais comummente referidos são ansiedade, irritabilidade e dificuldade de concentração. Os sintomas menos comummente referidos são depressão e insónia.

Desenvolvimento e Curso

A abstinência de tabaco inicia-se em regra nas 24 horas após paragem ou desmame do uso de tabaco. O seu pico ocorre depois de 2-3 dias de abstinência e dura 2-3 semanas. Os sintomas de abstinência de tabaco podem ocorrer nos utilizadores de tabaco adolescentes, mesmo antes do uso diário de tabaco. Os sintomas que se mantêm para além de 1 mês são pouco comuns.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fumadores com perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações de ansiedade, perturbação de hiperatividade/défice de atenção e com outras perturbações de uso de substâncias podem ter abstinências mais grave.

Genéticos e fisiológicos. O genótipo pode influenciar a probabilidade de abstinência após paragem do consumo.

Marcadores de Diagnóstico

O monóxido de carbono na expiração, bem como a nicotina e o seu metabolito cotinina no sangue, saliva ou urina podem ser usados para medir a extensão do uso de tabaco ou de nicotina. Todavia, estes apenas se relacionam de modo fraco com a abstinência de tabaco.

Consequências Funcionais da Abstinência de Tabaco

A abstinência de cigarros pode causar mal-estar clinicamente significativo. A abstinência compromete a capacidade de parar ou de controlar o uso de tabaco. É discutível que a abstinência de tabaco possa promover uma nova perturbação mental ou a recorrência de uma perturbação mental, mas, caso ocorra, será numa pequena minoria de utilizadores de tabaco.

Diagnóstico Diferencial

Os sintomas de abstinência de tabaco sobrepõem-se aos sintomas de abstinência de outras substâncias (por exemplo, abstinência de álcool; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; abstinência de estimulantes; abstinência de cafeína; abstinência de opioides); intoxicação por cafeína; perturbações de ansiedade, depressiva, bipolar e do sono; e acatisia induzida por medicamentos. A admissão em unidades de internamento de não fumadores ou a cessação voluntária do tabagismo podem induzir sintomas de abstinência que mimetizam, intensificam ou disfarçam outras perturbações ou os efeitos adversos de medicamentos utilizados para tratar perturbações mentais (por exemplo, irritabilidade que se considera ser devida a abstinência de álcool pode ser devida a abstinência de tabaco). A redução dos sintomas com o uso de medicamentos de nicotina confirma o diagnóstico.

Outras Perturbações Induzidas pelo Tabaco

As perturbações do sono induzidas pelo tabaco são discutidas no capítulo «Perturbações do Sono-Vigília» (ver «Perturbação do Sono Induzida por Substância/Medicamento»).

Perturbação Relacionada com Tabaco Não Especificada

292.9 (F17.209)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação relacionada com tabaco que causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com tabaco específica, ou para qualquer uma das perturbações da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Relacionadas com Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

Perturbação de Uso de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)
Intoxicação por Outras Substâncias (ou Desconhecidas)
Abstinência de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)
Perturbação Relacionada com Outras Substâncias (ou Desconhecidas) Não Especificada

Perturbação de Uso de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

Critérios de Diagnóstico

A. Padrão problemático de uso de uma substância intoxicante que não é passível de ser classificada nas categorias de álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinogénios (fenciclidina e outros); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes ou tabaco e que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
2. Existe um desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar o uso da substância.
3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção da substância, uso da substância ou a recuperar dos seus efeitos.
4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso da substância.
5. Uso recorrente da substância, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa.
6. Uso continuado da substância, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso da substância.
8. Uso recorrente da substância em situações em que é fisicamente perigoso.
9. O uso da substância é continuado, apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente é causado ou exacerbado pela substância.
10. Tolerância definida por qualquer um dos seguintes:
    a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância.
11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:
    a. Uma síndrome de abstinência característica para outras substâncias (ou desconhecidas) (consulte os Critérios A e B para abstinência de outras substâncias [ou desconhecidas], p. 698-699).

b. A substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida), nenhum critério para perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida) foi preenchido durante um mínimo de 3 meses, mas inferior a12 meses (com exceção do Critério A4 «*Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso da substância» que pode ser cumprido).

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida), nenhum critério para perturbação de outra substância (ou desconhecida) foi preenchido em qualquer altura durante um período de 12 ou mais meses (com a exceção do critério A4 «*Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso da substância» que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo estiver num ambiente onde o acesso à substância é restrito.

Codificar com base na gravidade atual. Nota para códigos ICD-10-CM: se uma intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência de outra substância (ou desconhecida) ou perturbação mental induzida por outra substância (ou desconhecida) estiver presente, não utilize os códigos abaixo para perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida). Em vez deles, a perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida) comórbida é indicada pelo 4.º dígito do código da perturbação induzida por outra substância (ou desconhecida) (ver a nota de codificação para intoxicação por outra substância [ou desconhecida], abstinência de outra substância [ou desconhecida] ou perturbação induzida por outra substância [ou desconhecida] específica). Por exemplo, se existir uma perturbação depressiva induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) comórbida e perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida), apenas é atribuído o código para perturbação depressiva induzida por outra substância (ou desconhecida), com o 4.º dígito a indicar se a perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida) comórbida é ligeira, moderada ou grave: **F19.14** perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida) ligeira com perturbação depressiva induzida por outra substância (ou desconhecida), ou **F19.24** para perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida) moderada ou grave com perturbação depressiva induzida por outra substância (ou desconhecida).

Especificar gravidade corrente:

305.90 (F19.10) Leve. Presença de 2-3 sintomas.

304.90 (F19.20) Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

304.90 (F19.20) Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

«Em ambiente controlado» aplica-se como especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver quer em remissão quer num ambiente controlado (isto é, em remissão precoce num ambiente controlado ou em remissão mantida num ambiente controlado). Exemplos destes ambientes são as prisões rigorosamente vigiadas e livres de drogas, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas.

Características de Diagnóstico

A classe diagnóstica das perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) e perturbações relacionadas compreende as perturbações relacionadas com substâncias não relacionadas com álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinogénios (fenciclidina e outros); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo anfetamina e cocaína); ou tabaco. Tais substâncias incluem esteroides anabólicos; anti-infiamatórias não esteroides; cortisol; antiparkinsónicos; anti-histamínicos; óxido nítrico; nitritos amil-, butil-, ou isobutil-; noz de bétel, que é mascada por indivíduos de muitas culturas para produzir euforia ligeira e uma sensação de flutuação; *kava* (derivada da planta da pimenta do Pacífico Sul), que produz sedação, descoordenação, perda de peso, hepatites ligeiras e alterações pulmonares; ou catinonas (incluem agentes da planta *khât* e derivados químicos sintéticos), que produzem efeitos estimulantes. Perturbações relacionadas com substâncias desconhecidas estão associadas a substâncias não identificadas, tais como intoxicações em que o indivíduo não consegue identificar a droga consumida, ou perturbações de uso de substâncias envolvendo ou drogas novas do mercado negro ainda não identificadas ou drogas identificadas vendidas ilegalmente com nomes falsos.

A perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) é uma perturbação mental em que o consumo continuado de outra substância ou de uma substância desconhecida tipicamente continua, apesar de o indivíduo saber que essa substância lhe está a provocar problemas graves. Esses problemas estão espelhados nos critérios de diagnóstico. Quando a substância é conhecida, tal facto deve ser refletido no nome da perturbação de acordo com a codificação (por exemplo, perturbação de uso de óxido nítrico).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O diagnóstico de perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) apoia-se nas afirmações do indivíduo de que a substância envolvida não se encontra entre as nove classes listadas neste capítulo; pelos episódios recorrentes de intoxicação com resultados negativos em rastreios de drogas estandardizados (os quais podem não detetar substâncias novas ou raramente usadas); ou pela presença de sintomas característicos de uma substância não identificada que surgiu recentemente na comunidade do indivíduo.

Devido ao aumento do acesso ao óxido nitroso («gás hilariante»), a filiação em determinadas populações está associada ao diagnóstico de perturbação de uso óxido nitroso. O papel deste gás como um agente anestésico conduz a uso indevido por parte de alguns profissionais médicos e profissionais dentários. O seu uso como gás em produtos comerciais (por exemplo, dispensadores de creme de *chantilly*) contribui para o uso indevido por trabalhadores de serviços alimentares. Com a recente acessibilidade difundida da substância em dispensadores de creme de *chantilly*, o uso indevido de óxido nitroso por adolescentes e adultos jovens é significativo, especialmente entre aqueles que também inalam hidrocarbonetos voláteis. Alguns indivíduos que o usam continuamente, inalando até 240 dispensadores por dia, podem apresentar complicações médicas e condições mentais graves, incluindo mieloneuropatia, degeneração combinada subaguda da medula espinal, neuropatia periférica e psicose. Estas condições estão também associadas ao diagnóstico de perturbação de uso de óxido nitroso.

O uso de gases de nitritos amil-, butil- e isobutil foi observado entre homossexuais masculinos e alguns adolescentes, sobretudo naqueles com perturbação do comportamento. A filiação nestas populações pode estar associada a perturbação de uso de nitritos amil-, butil-, ou issobutil. Todavia, não se determinou que estas substâncias produzam uma perturbação

de uso de substâncias. Apesar da tolerância, estes gases podem não alterar o comportamento através de efeitos centrais e podem ser usados apenas por causa dos seus efeitos periféricos.

As perturbações de uso de substâncias estão habitualmente associadas a riscos elevados de suicídio, mas não existe evidência de fatores de risco únicos para suicídio com perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas).

Prevalência

Com base em dados extremamente limitados, a prevalência da perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) é provavelmente inferior à das perturbações de uso de substâncias que envolvem as nove classes de substâncias deste capítulo.

Desenvolvimento e Curso

Não há qualquer padrão de desenvolvimento ou de curso que caracterize as diversas substâncias farmacologicamente distintas das perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas). Com frequência, as perturbações de uso de substâncias desconhecidas serão reclassificadas quando a substância desconhecida for eventualmente identificada.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Crê-se que os fatores de risco e prognóstico para perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) são semelhantes aos da maioria das perturbações de uso de substâncias, o que inclui a presença de qualquer outra perturbação de uso de substâncias, perturbação do comportamento ou perturbação antissocial da personalidade no indivíduo ou na família do indivíduo; o início precoce de problemas com a substância; acesso fácil à substância no ambiente do indivíduo; maus-tratos ou trauma na infância; e evidência precoce de reduzido autocontrolo e desinibição do comportamento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Algumas culturas podem estar associadas a perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) envolvendo substâncias indígenas específicas da região cultural, tal como a noz de bétel.

Marcadores de Diagnóstico

Análises à urina, ar expirado ou saliva podem identificar de forma correta uma substância vulgarmente usada que é falsamente vendida como um produto novo. Contudo, testes clínicos de rotina não conseguem habitualmente identificar verdadeiramente substâncias incomuns ou novas, as quais podem necessitar de análises em laboratórios especializados.

Diagnóstico Diferencial

Uso de outras substâncias ou de substâncias desconhecidas sem preencher critérios para perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas). O uso de substâncias desconhecidas não é raro em adolescentes, mas a maioria do uso não preenche o padrão diagnóstico de 2 ou mais critérios para perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) no último ano.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) pode coocorrer com várias perturbações de uso de substâncias, podendo os sintomas das perturbações ser semelhantes ou estar sobrepostos. Para distinguir os padrões dos

sintomas, é útil perguntar sobre se os sintomas perduraram durante períodos em que algumas substâncias não estavam a ser consumidas.

Perturbação induzida por outras substâncias/medicamentos (ou desconhecidas). Este diagnóstico deve ser distinguido de casos em que os sintomas do indivíduo preenchem os critérios completos para uma das seguintes perturbações e em que essa perturbação é causada por outra substância ou por uma substância desconhecida: *delirium*, perturbação neurocognitiva major ou ligeira, perturbação psicótica, perturbação depressiva, perturbação de ansiedade, disfunção sexual ou perturbação do sono.

Outras condições médicas. Indivíduos com perturbação de uso de substâncias, incluindo outras substâncias (ou desconhecidas), podem apresentar sintomas de várias condições médicas. Uma história de reduzido ou nenhum uso de outras substâncias ou de substâncias desconhecidas auxilia na exclusão da perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) como fonte destes problemas.

Comorbilidades

Perturbações de uso de substâncias, incluindo perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas), são comummente comórbidas umas com as outras, com perturbação do comportamento na adolescência e a perturbação antissocial da personalidade na idade adulta, e com ideação suicida e tentativas de suicídio.

Intoxicação por Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

Critérios de Diagnóstico

A. Desenvolvimento de uma síndrome reversível específica de uma substância que é atribuível à ingestão (ou exposição) recente a uma substância que não está listada em nenhuma secção deste capítulo ou que é desconhecida.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que são atribuíveis ao efeito de uma substância no sistema nervoso central (por exemplo, compromisso da coordenação motora, agitação ou lentificação psicomotora, euforia, ansiedade, beligerância, labilidade do humor, défice cognitivo, compromisso do juízo crítico, isolamento social) e que se desenvolvem durante ou pouco depois do uso da substância.

C. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação com outra substância.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é o **292.89**. O código ICD-10-CM depende da existência de perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) comórbida envolvendo a mesma substância. Se existe uma perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) ligeira comórbida, o código ICD-10-CM é **F19.129**, e se existe uma perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) moderada ou grave comórbida, o código ICD-10-CM é o **F19.229**. Se não existir uma perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) comórbida envolvendo a mesma substância, então o código ICD-10-CM é **F19.929**.

Nota. Para informações acerca de Fatores de Risco e de Prognóstico, Características de Diagnóstico Relacionadas com a Cultura e Marcadores de Diagnóstico, ver as secções correspondentes em perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas).

Características de Diagnóstico

A intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas) é uma perturbação mental clinicamente significativa que se desenvolve durante ou imediatamente depois do uso de: a) uma substância que não se encontra listada em nenhuma secção deste capítulo (isto é, álcool; cafeína; *Cannabis*; fenciclidina e outros alucinogénios; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco); ou b) uma substância desconhecida. Se a substância for conhecida, tal facto deve refletir-se no nome da perturbação de acordo com a codificação.

A aplicação dos critérios de diagnóstico para a intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas) é bastante desafiante. O Critério A requer o desenvolvimento de uma «síndrome específica da substância» reversível, mas, se a substância é desconhecida, esta síndrome em regra será desconhecida. Para resolver este confiito, os clínicos devem questionar o indivíduo ou obter uma história colateral sobre se o indivíduo experimentou um episódio semelhante após usar substâncias com o mesmo nome de «rua» ou provenientes da mesma fonte. De forma semelhante, os serviços de urgência hospitalares por vezes reconhecem, ao longo de alguns dias, numerosas apresentações de uma síndrome de intoxicação grave e desconhecida de uma substância nova disponível, previamente desconhecida. Devido à grande diversidade de substâncias intoxicantes, o Critério B apenas pode fornecer exemplos gerais de sinais e sintomas de algumas intoxicações, sem limite para o número de sintomas necessários para o diagnóstico; a avaliação clínica guia estas decisões. O Critério C requer a exclusão de outras condições médicas, perturbações mentais ou intoxicações.

Prevalência

A prevalência da intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas) é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso

Habitualmente, as intoxicações surgem e atingem o seu pico minutos ou horas após o uso da substância, mas o início e o curso variam com a substância e com a forma de administração. Em geral, as substâncias usadas por inalação pulmonar ou injeção endovenosa têm um início de ação mais rápido, enquanto as ingeridas oralmente e que necessitam de ativação metabólica do produto são bastante mais lentas. (Por exemplo, após a ingestão de determinados cogumelos, os primeiros sinais de uma eventual intoxicação fatal podem não surgir durante alguns dias.) Os efeitos da intoxicação usualmente resolvem-se entre horas a muito poucos dias. Contudo, o organismo pode eliminar completamente um gás anestésico, tal como óxido nitroso, em apenas alguns minutos após o seu uso. No extremo oposto, algumas substâncias tóxicas «toca-e-foge» envenenam os sistemas, levando a défices permanentes. Por exemplo, MPTP (1-metil4-fenil1,2,3,6-tetridropiridina), um subproduto contaminante na síntese de um determinado opioide, mata células dopaminérgicas e induz parkinsonismo permanente em utilizadores que pretendiam uma intoxicação por opioides.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

O défice resultante da intoxicação por qualquer substância pode ter consequências graves, incluindo disfunção laboral, indiscrições sociais, problemas nas relações interpessoais, incumprimento de obrigações, acidentes de viação, discussões, comportamentos de alto risco (por exemplo, ter relações sexuais desprotegidas) e *overdose* de substâncias ou medicamentos. O padrão de consequências varia com a substância em particular.

Diagnóstico Diferencial

Uso de outras substâncias ou de substâncias desconhecidas, não cumprindo critérios para intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas). O indivíduo usou outras substâncias ou substâncias desconhecidas, mas a dose foi insuficiente para produzir sintomas que cumpram os critérios necessários para o diagnóstico.

Intoxicação por substâncias ou perturbações induzidas por outras substâncias/medicamentos. Substâncias conhecidas podem ser vendidas no mercado negro como produtos novos, podendo os indivíduos experimentar intoxicação por essas substâncias. História, testes toxicológicos ou testes químicos da substância em si podem auxiliar a sua identificação.

Diferentes tipos de perturbações relacionadas com outras substâncias (ou desconhecidas). Episódios de intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas) podem ocorrer durante, mas delas diferindo, perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas), perturbações relacionadas com outras substâncias (ou desconhecidas) não especificadas e perturbações induzidas por outras substâncias (ou desconhecidas) não especificadas.

Outras perturbações tóxicas, metabólicas, traumáticas, neoplásicas, vasculares ou infeciosas que provocam défices da função cerebral e da cognição. Numerosas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir um início rápido de sinais e sintomas simulando os de intoxicações, incluindo os exemplos do Critério B. Paradoxalmente, abstinências de drogas devem também ser excluídas, porque, por exemplo, a letargia pode indicar abstinência de uma droga ou intoxicação com outra droga.

Comorbilidades

Tal como em todas as perturbações relacionadas com substâncias, perturbações do comportamento no adolescente, perturbação antissocial da personalidade no adulto e outras perturbações de uso de outras substâncias tendem a coocorrer com intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas).

Abstinência de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

Critérios de Diagnóstico 292.0 (F19.239)

A. Cessação (ou redução) do uso de substâncias que tem sido pesado e prolongado.
B. Desenvolvimento de uma síndrome específica de uma substância pouco depois da cessação (ou redução) do uso de substâncias.
C. A síndrome específica de uma substância causa mal-estar clinicamente significativo e défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
D. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo abstinência de outra substância.
E. A substância envolvida não pode ser classificada em nenhuma das outras categorias de substâncias (álcool; cafeína; *Cannabis*; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco) ou é desconhecida.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM é **292.0**. O código ICD-10-CM para a abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas) é **F19.239**. Note que o código ICD-10-CM indica a presença

comórbida de perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) moderada ou grave. Não é permitido codificar uma perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) ligeira comórbida com abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas).

Nota. Para informações acerca de Fatores de Risco e de Prognóstico e Marcadores de Diagnóstico, ver as secções correspondentes em perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas).

Características de Diagnóstico

A abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas) é uma perturbação mental clinicamente significativa que se desenvolve dentro de algumas horas até dias depois da redução ou cessação do uso de uma substância (Critérios A e B). Apesar de, em regra, ser evidente a partir da história uma redução ou cessação recente da droga, são muito desafiantes outros procedimentos de diagnóstico no caso de a droga ser desconhecida. O Critério B requer o desenvolvimento de uma «síndrome específica de uma substância» (isto é, os sinais e sintomas do indivíduo devem corresponder a uma síndrome conhecida de abstinência da droga recentemente interrompida) – um requisito que raramente pode ser cumprido com uma substância desconhecida. Consequentemente, o julgamento clínico deve guiar as decisões quando a informação é limitada. O Critério D requer a exclusão de outras condições médicas, perturbações mentais ou abstinência de substâncias conhecidas. Quando a substância é conhecida, tal facto deve refletir-se no nome da perturbação de acordo com a codificação (por exemplo, abstinência de noz de bétel).

Prevalência

A prevalência da abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas) é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso

Os sinais de abstinência aparecem comummente algumas horas depois de terminado o uso da substância, mas o início e curso variam consideravelmente, dependendo da dose tipicamente usada pelo indivíduo e da taxa de eliminação da substância específica do corpo. No pico de gravidade, os sintomas de abstinência de algumas substâncias envolvem apenas níveis de desconforto moderados, enquanto a abstinência de outras substâncias pode ser fatal. A disforia associada a abstinência conduz muitas vezes a recaídas de uso de substâncias. Os sintomas de abstinência diminuem lentamente ao longo de dias, semanas ou meses, dependendo da droga em particular e das doses às quais o indivíduo se tornou tolerante.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura variam com a substância em particular.

Consequências Funcionais da Abstinência de Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

A abstinência resultante de qualquer substância pode ter consequências graves, incluindo sinais e sintomas físicos (por exemplo, mal-estar, alterações dos sinais vitais, desconforto abdominal, cefaleias), *craving* intenso para a droga, ansiedade, depressão, agitação, sintomas psicóticos ou défices cognitivos. Estas consequências podem conduzir a problemas tais como

disfunção laboral, problemas nas relações interpessoais, incumprimento de obrigações, acidentes de viação, discussões, comportamentos de alto risco (por exemplo, ter relações sexuais desprotegidas), tentativas de suicídio e *overdose* de substâncias ou medicamentos. O padrão de consequências varia com a substância em particular.

Diagnóstico Diferencial

Redução da dose após doses prolongadas, mas sem preencher os critérios para abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas). O indivíduo usou outras substâncias (ou desconhecidas), mas a dose usada foi insuficiente para produzir sintomas que cumpram os critérios requeridos para o diagnóstico.

Abstinência de substâncias ou perturbações induzidas por outras substâncias/medicamentos. Substâncias conhecidas podem ser vendidas no mercado negro como produtos novos, podendo os indivíduos experimentar abstinência aquando da interrupção dessas substâncias. História, rastreios toxicológicos ou testes químicos da substância em si podem auxiliar na sua identificação.

Diferentes tipos de perturbações relacionadas com outras substâncias (ou desconhecidas). Episódios de abstinência por outras substâncias (ou desconhecidas) podem ocorrer durante, mas delas diferindo, perturbações de uso de outras substâncias (ou desconhecidas), perturbações relacionadas com outras substâncias (ou desconhecidas) não especificadas e perturbações induzidas por outras substâncias (ou desconhecidas) não especificadas.

Outras perturbações tóxicas, metabólicas, traumáticas, neoplásicas, vasculares ou infeciosas que provocam défices da função cerebral e da cognição. Numerosas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir um início rápido de sinais e sintomas que simulam os da abstinência. Paradoxalmente, a intoxicação por drogas deve também ser excluída, porque, por exemplo, letargia pode indicar abstinência de uma droga ou intoxicação com outra droga.

Comorbilidades

Tal como em todas as perturbações relacionadas com substâncias, perturbações do comportamento no adolescente, perturbação antissocial da personalidade no adulto e outras perturbações de uso de outras substâncias podem coocorrer com a abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas).

Perturbações Induzidas por Outras Substâncias (ou Desconhecidas)

Pelo facto de a categoria de outras substâncias (ou desconhecidas) ser inerentemente mal definida, a extensão e variedade das perturbações induzidas é incerta. Não obstante, perturbações induzidas por outras substâncias (ou desconhecidas) são possíveis e são descritas noutros capítulos do manual em conjunto com perturbações com as quais partilham fenomenologia (ver as perturbações induzidas por substâncias/medicamentos nestes capítulos): perturbação psicótica induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Perturbações do Espectro da Esquizofrenia

e Outras Perturbações Psicóticas»); perturbação bipolar induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»); perturbação depressiva induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Perturbações Depressivas»); perturbação de ansiedade induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Perturbações de Ansiedade»); perturbação obsessivo-compulsiva induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas»); perturbação do sono induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Perturbações do Ciclo Sono-Vigília»); disfunção sexual induzida por outras substâncias (ou desconhecidas) («Disfunções Sexuais»); perturbação neurocognitiva major ou ligeira induzida por outras substâncias/medicamentos (ou desconhecidas) («Perturbações Neurocognitivas»). Para o *delirium* induzido pela intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas) e para o *delirium* de abstinência induzido por outras substâncias (ou desconhecidas), ver critérios e discussão de *delirium* no capítulo «Perturbações Neurocognitivas». Estas perturbações induzidas por outras substâncias (ou desconhecidas) são diagnosticadas no lugar de intoxicação por outras substâncias (ou desconhecidas) ou abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas) apenas quando os sintomas são suficientemente graves para necessitar de atenção clínica independente.

Perturbação Relacionada com Outras Substâncias (ou Desconhecidas) Não Especificada

292.9 (F19.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de perturbações relacionadas com outras substâncias (ou desconhecidas) que causam mal-estar clinicamente significativo e défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação relacionada com outra substância (ou desconhecida) específica ou para qualquer perturbação da categoria de diagnóstico das perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

Perturbações Não Relacionadas com Substâncias

Jogo Patológico

Critérios de Diagnóstico

312.31 (F63.0)

A. Comportamento problemático, persistente e recorrente, em relação ao jogo que conduz a mal-estar e défices clinicamente significativos, tal como indicado pela exibição pelo indivíduo de 4 (ou mais) dos seguintes critérios durante um período de 12 meses:

1. Necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes de modo a atingir a excitação desejada.

2. Inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar.
3. Esforços mal sucedidos de controlar, reduzir ou parar de jogar.
4. Preocupação frequente com o jogo (por exemplo, pensamentos persistentes de reviver experiências prévias com o jogo, desvantagens ou planeamento dos próximos jogos, pensar em formas de obter dinheiro para jogar).
5. Jogo frequente quando se sente angustiado (sentimento de desespero, culpabilidade, ansiedade, depressão).
6. Após perdas de dinheiro no jogo, regressa muitas vezes noutro dia para as recuperar («resgate» das próprias perdas).
7. Mentir para dissimular a extensão de envolvimento com o jogo.
8. Prejudicou ou perdeu relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas devido ao jogo.
9. Depende de terceiros para obter o dinheiro para aliviar as situações financeiras desesperadas causadas pelo jogo.

B. O comportamento face ao jogo não é mais bem explicado por um episódio maníaco.

Especificar se:

Episódico. Cumpre os critérios de diagnóstico em mais do que um momento, com diminuição dos sintomas entre os períodos de jogo patológico durante pelo menos vários meses.

Persistente. Experiência de sintomas de forma contínua, cumprindo os critérios de diagnóstico por múltiplos anos.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para jogo patológico, nenhum critério para jogo patológico foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses.

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para jogo patológico, nenhum critério para jogo patológico foi preenchido durante um período de 12 ou mais meses.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Presença de 4-5 critérios.

Moderada. Presença de 6-7 critérios.

Grave. Presença de 8-9 critérios.

Nota. Apesar de algumas condições do comportamento que não envolvem a ingestão de substâncias terem semelhanças com as perturbações relacionadas com substâncias, apenas uma perturbação – jogo patológico – apresenta dados suficientes para ser incluída nesta secção.

Especificadores

A gravidade baseia-se no número de critérios preenchidos. Indivíduos com jogo patológico de gravidade ligeira podem apresentar apenas 4-5 dos critérios, em que os mais frequentes estão em regra relacionados com a preocupação com o jogo e o «resgate» das perdas. Indivíduos com jogo patológico de gravidade moderada apresentam um número superior de critérios (isto é, 6-7). Indivíduos com o tipo mais grave apresentam todos ou a maioria dos 9 critérios (isto é, 8-9). O prejuízo de relações ou de oportunidades de carreira devido ao jogo e a dependência dos outros para obter dinheiro para as perdas no jogo são tipicamente os critérios preenchidos com menor frequência e, na maioria das vezes, ocorrem nos indivíduos

com jogo patológico mais grave. Além disso, indivíduos que se apresentam para tratamento do jogo patológico têm, tipicamente, formas moderadas a graves da perturbação.

Características de Diagnóstico

O jogo patológico envolve arriscar algo de valor elevado na esperança de obter algo de valor superior. Em várias culturas, os indivíduos apostam em jogos ou em eventos, sendo que a maioria dos que o fazem não experimenta problemas. Contudo, alguns indivíduos desenvolvem um défice substancial relacionado com os seus comportamentos face ao jogo. A característica essencial do jogo patológico consiste num comportamento desadaptado, persistente e recorrente face ao jogo e que conduz a disrupção dos objetivos pessoais, familiares e/ou profissionais (Critério A). O jogo patológico é definido como um conjunto de 4 ou mais dos sintomas listados no Critério A que ocorrem a qualquer momento num mesmo período de 12 meses.

Um padrão de «resgate das próprias perdas» pode desenvolver-se, com a necessidade urgente de continuar a jogar (em regra com apostas maiores ou correndo maiores riscos), para reparar uma só ou uma série de perdas. O indivíduo pode abandonar a sua estratégia de jogo e tentar reaver numa só jogada tudo o que perdeu. Embora muitos jogadores possam «resgatar» durante curtos períodos de tempo, é a tentativa frequente de «resgate», muitas vezes a longo prazo, que é característica do jogo patológico (Critério A6). O indivíduo pode mentir aos familiares, terapeutas e aos outros, com o objetivo de esconder a extensão do envolvimento com o jogo; estes casos de mentira podem envolver, embora não lhes estejam limitados, comportamentos ilegais tais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para obter dinheiro para jogar (Critério A7). O indivíduo pode também envolver-se em comportamentos de «resgate», pedindo a familiares ou a conhecidos que o ajudem na sua situação económica desesperada causada pelo jogo (Critério A9).

Características Associadas que Suportam o Diagnóstico

Os jogadores patológicos podem apresentar distorções do pensamento (por exemplo, negação, superstições, uma sensação de poder e controlo face aos resultados de episódios aleatórios, excesso de confiança). Muitos indivíduos com jogo patológico acreditam que o dinheiro é tanto a causa como a solução para os seus problemas. Alguns indivíduos com jogo patológico são impulsivos, competitivos, enérgicos, inquietos e facilmente entediados; podem ser exageradamente preocupados em obter a aprovação dos outros e, por vezes, podem ser generosos até à extravagância quando têm êxito no jogo. Outros indivíduos com jogo patológico são depressivos e solitários, podendo jogar quando se sentem desamparados, culpados ou deprimidos. Até metade dos indivíduos em tratamento para jogo patológico têm ideação suicida e cerca de 17% já tentaram o suicídio.

Prevalência

A taxa de prevalência de jogo patológico no último ano é de cerca de 0,2%-0,3% na população geral. Na população geral, a prevalência ao longo da vida situa-se em 0,4%-1,0%. Para o género feminino, a taxa de prevalência ao longo da vida é de cerca de 0,2%, situando-se nos 0,6% para o género masculino. A prevalência ao longo da vida de jogo patológico em afro-americanos é cerca de 0,9%, em caucasianos 0,4% e em hispânicos 0,3%.

Desenvolvimento e Curso

O início do jogo patológico pode ocorrer durante a adolescência ou no início da idade adulta, mas noutros indivíduos manifesta-se a meio da idade adulta ou mesmo em idade adulta avançada. Em geral, o jogo patológico desenvolve-se por um período de anos, embora a progressão pareça ser mais rápida no género feminino do que no masculino. A maioria dos indivíduos que desenvolve jogo patológico evidencia um padrão de jogo que gradualmente aumenta quer na frequência quer na quantidade de apostas. Decerto, formas mais ligeiras podem tornar-se casos mais graves. A maioria dos indivíduos com jogo patológico refere que um ou dois tipos de jogo lhes são mais problemáticos, embora os indivíduos participem em várias formas de jogo. É provável que alguns indivíduos sejam propensos a envolverem-se em determinados tipos de jogos (por exemplo, comprar raspadinhas diariamente) do que outros (por exemplo, jogar semanalmente *slot machines* ou *blackjack* no casino). A frequência do jogo pode estar mais relacionada com o tipo de jogo do que com a gravidade do jogo patológico. Por exemplo, comprar uma única raspadinha por dia pode não ser problemático, enquanto a frequência menos assídua de casinos, desportos ou jogos de cartas pode fazer parte do jogo patológico. De igual modo, o montante de dinheiro gasto em apostas não é por si indicativo de jogo patológico. Alguns indivíduos podem apostar milhares de dólares por mês e não apresentar um problema com o jogo, enquanto outros podem apostar quantias significativamente mais baixas, mas experienciar dificuldades substanciais relacionadas com o jogo.

O padrão de jogo pode ser regular ou episódico, podendo o jogo patológico ser persistente ou estar em remissão. O jogo pode aumentar durante períodos de stress ou depressão e durante períodos de uso de substâncias ou de abstinência. Podem existir períodos de maior frequência de jogo e problemas graves, períodos de total abstenção e períodos de jogo não problemático. O jogo patológico associa-se, por vezes, a remissão espontânea e de longa duração. Não obstante, alguns indivíduos subestimam a sua vulnerabilidade para desenvolver jogo patológico ou para recair após remissão. Quando se verifica um período de remissão, podem incorretamente assumir que não terão nenhum problema na regulação do jogo e que podem jogar em alguns tipos de jogos de forma não problemática, e acabarem por sofrer um retorno ao jogo patológico.

A expressão precoce de jogo patológico é mais comum no género masculino do que no feminino. Indivíduos que iniciam o jogo em idades jovens fazem-no, tipicamente, com a família ou amigos. O desenvolvimento precoce de jogo patológico parece estar associado a impulsividade e abuso de substâncias. Muitos estudantes do ensino secundário e do ensino superior que desenvolvem jogo patológico abandonam-no com o tempo, apesar de este continuar a ser um problema vitalício para alguns. O início de jogo patológico a meio da idade adulta e em idades avançadas é mais comum no género feminino do que no masculino.

Existem variações de idade e de género no tipo de atividades de jogo e nas taxas de prevalência de jogo patológico. O jogo patológico é mais comum em jovens e adultos de idade média do que adultos idosos. Nos adolescentes e jovens adultos, a perturbação é mais prevalente no género masculino do que no feminino. Indivíduos mais jovens preferem diferentes tipos de jogo (por exemplo, apostas desportivas), enquanto adultos idosos são mais propensos a desenvolver problemas relacionados com *slot machines* e bingo. Apesar de a proporção de indivíduos que procuram tratamento para jogo patológico ser baixa em todos os grupos, são especialmente os indivíduos mais jovens que menor probabilidade têm de procurar tratamento.

O género masculino é mais propenso a iniciar o jogo de forma mais precoce e de ter uma idade mais jovem aquando do início do jogo patológico, enquanto o género feminino é mais propenso a iniciar o jogo mais tardiamente e a desenvolver jogo patológico num espaço de tempo mais curto. Indivíduos do género feminino com jogo patológico são mais propensos do que os do género masculino com jogo patológico a apresentar perturbação depressiva, bipolar ou de ansiedade. Têm, igualmente, uma idade mais avançada aquando do início da perturbação e procuram tratamento de forma mais precoce, apesar de, independentemente do género, as taxas de procura de tratamento serem baixas (<10%) entre indivíduos com jogo patológico.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. O jogo que começa na infância ou no início da adolescência está associado a taxas de prevalência aumentadas de jogo patológico. O jogo patológico parece estar relacionado com perturbação antissocial da personalidade, perturbações depressivas e bipolares e outras perturbações relacionadas com o uso de substâncias, particularmente com as perturbações de uso de álcool.

Genéticos e fisiológicos. O jogo patológico pode ocorrer em famílias, parecendo que este efeito se relaciona quer com fatores ambientais quer com fatores genéticos. Os problemas com o jogo são mais frequentes em gémeos monozigóticos do que em dizigóticos. O jogo patológico é também mais prevalente em parentes de primeiro grau de indivíduos com perturbações de uso de álcool moderadas a graves, do que na população geral.

Modificadores do curso. Muitos indivíduos, incluindo adolescentes e jovens adultos, estão mais propensos a resolver os seus problemas com o jogo patológico com o passar do tempo, embora um forte preditor de problemas com jogo no futuro sejam problemas prévios com o jogo.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Indivíduos de culturas e raças/etnias específicas são mais propensos em participar em alguns tipos de atividades de jogo do que outras (por exemplo, *pai gow*, luta de galos, *blackjack*, corridas de cavalos). As taxas de prevalência de jogo patológico são mais elevadas nos afro-americanos do que entre americano-europeus, com taxas semelhantes para latino-americanos e americano-europeus. Populações indígenas apresentam uma prevalência elevada de jogo patológico.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

O género masculino desenvolve taxas de prevalência de jogo patológico mais elevadas do que o feminino, embora esta diferença de género possa estar a diminuir. Os indivíduos do género masculino tendem a apostar em formas diferentes de jogo comparativamente com os do género feminino, sendo as cartas, desportos e corridas de cavalos mais prevalentes entre os do género masculino e *slot machines* e bingo mais comum entre os do género feminino.

Consequências Funcionais do Jogo Patológico

O funcionamento das áreas psicossocial, saúde e saúde mental pode ser afetado negativamente pelo jogo patológico. Especificamente, indivíduos com jogo patológico podem, devido ao seu envolvimento com o jogo, prejudicar ou perder relações importantes com membros

da família ou amigos. Tais problemas podem ocorrer devido a repetidas mentiras aos outros para esconder a extensão do envolvimento com o jogo, ou pelo pedido de dinheiro que é usado para jogar ou para pagar dívidas de jogo. O emprego ou atividades educativas podem também ser negativamente afetados pelo jogo patológico; absentismo ou baixo rendimento no trabalho ou na escola podem ocorrer em indivíduos com jogo patológico, podendo estes jogar durante o horário de trabalho ou escolar ou estar preocupados com o jogo ou com as suas consequências desfavoráveis quando deviam estar a trabalhar ou a estudar. Os indivíduos com jogo patológico apresentam uma saúde em geral pobre e utilizam os serviços médicos com taxas elevadas.

Diagnóstico Diferencial

Jogo não patológico. O jogo patológico deve distinguir-se do jogo profissional e social. No jogo profissional, os riscos são limitados e a disciplina é central. O jogo social ocorre tipicamente com amigos ou colegas e dura por um período limitado de tempo, com perdas aceitáveis. Alguns indivíduos podem apresentar problemas relacionados com o jogo (por exemplo, comportamentos de curto prazo de «resgate» das perdas e perda de controlo) que não cumprem os critérios completos para jogo patológico.

Episódio maníaco. Durante um episódio maníaco, podem ocorrer a perda do juízo crítico e jogo excessivo. O diagnóstico adicional de jogo patológico justifica-se apenas se o comportamento não for mais bem explicado por um episódio maníaco (por exemplo, uma história prévia de comportamento de jogo desadaptativo em momentos que não os do episódio maníaco). Alternativamente, um indivíduo com jogo patológico pode, durante um período de jogo, apresentar períodos de comportamento excessivo que se assemelham a um episódio maníaco, mas, uma vez fora do contexto do jogo, estas características de tipo maníaco dissipam-se.

Perturbações da personalidade. Os problemas com o jogo podem ocorrer em indivíduos com perturbação antissocial da personalidade e outras perturbações da personalidade. Se forem preenchidos os critérios para ambas as perturbações, podem ser feitos os dois diagnósticos.

Outras condições médicas. Alguns indivíduos que estejam a tomar medicação dopaminérgica (por exemplo, para a doença de Parkinson) podem apresentar impulso para jogar. Se estes sintomas se dissiparem quando a medicação dopaminérgica for reduzida ou retirada, então não deverá ser feito um diagnóstico de jogo patológico.

Comorbilidades

O jogo patológico está associado a saúde em geral pobre. Além disso, alguns diagnósticos médicos específicos, tais como taquicardia e angina, são mais comuns entre indivíduos com jogo patológico do que na população geral, mesmo quando outras perturbações relacionadas com o uso de substâncias estão controladas, incluindo a perturbação de uso de tabaco. Indivíduos com jogo patológico apresentam taxas elevadas de comorbilidade com outras perturbações mentais, tais como perturbações de uso de substâncias, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e perturbações da personalidade. Nalguns indivíduos, outras perturbações mentais podem preceder o jogo patológico e estar ausentes ou presentes durante a manifestação do jogo patológico. O jogo patológico pode também ocorrer previamente ao aparecimento de outras perturbações mentais, especialmente perturbações de ansiedade e perturbações relacionadas com o uso de substâncias.

Perturbações Neurocognitivas

As perturbações neurocognitivas (PNC) (denominadas no DSM-IV como «*Delirium*, Demência, Perturbações Mnésicas e Outras Perturbações Cognitivas») começam pelo *delirium*, seguido das síndromes de PNC major, PNC ligeira e dos seus subtipos etiológicos. Os subtipos das PNC major ou ligeira são PNC devida a doença de Alzheimer; PNC vascular; PNC com corpos de Lewy; PNC devida a doença de Parkinson; PNC frontotemporal; PNC devida a lesão cerebral traumática; PNC devida a infeção por VIH; PNC induzida por substância/medicamento; PNC devida a doença de Huntington; PNC devida a doença dos priões; PNC devida a outra condição médica; PNC devida a múltiplas etiologias; e PNC não especificada. A categoria das PNC inclui o conjunto das perturbações nas quais o défice clínico primário é na função cognitiva, sendo esse défice adquirido e não congénito. Embora os défices cognitivos estejam presentes em muitas, senão em todas as perturbações mentais (por exemplo, esquizofrenia, perturbações bipolares), apenas se incluem na categoria das PNC as perturbações cujas características nucleares são cognitivas. As PNC são perturbações nas quais o défice na cognição não esteve presente desde o nascimento ou desde uma fase precoce da vida, representando assim um declínio em relação a um nível anterior de funcionamento.

As PNC são únicas entre as categorias do DSM-5, na medida em que são síndromes para as quais a patologia subjacente, e com frequência também a etiologia, pode ser potencialmente determinada. As várias doenças subjacentes foram todas elas objeto de extensa investigação, experiência clínica e de consenso de peritos sobre os critérios de diagnóstico. Os critérios de diagnóstico do DSM-5 para estas perturbações foram desenvolvidos com consultoria próxima com os grupos de peritos para cada uma das doenças e aproximam-se o mais possível dos critérios consensuais atuais para cada uma delas. A utilidade potencial de biomarcadores é também discutida em relação ao diagnóstico. A demência desapareceu e ficou englobada na nova entidade denominada *perturbação neurocognitiva major*, embora a utilização do termo *demência* não seja excluída nos subtipos etiológicos nos quais esse termo é a norma. Além disso, o DSM-5 reconhece um grau menos grave de défice cognitivo, a *perturbação neurocognitiva ligeira*, que também pode ser foco de atenção clínica, e que no DSM-IV estava incluída nas «Perturbações Cognitivas sem Outra Especificação». São indicados os critérios de diagnóstico para ambas as entidades sindromáticas, seguidos dos critérios de diagnóstico para os diferentes subtipos etiológicos. Com frequência coexistem várias PNC, e a relação entre estas pode ser caracterizada multiplamente em diferentes secções do capítulo inclusive no «Diagnóstico Diferencial» (por exemplo, PNC devida a doença de Alzheimer *versus* PNC vascular), nos «Fatores de Risco e de Prognóstico» (por exemplo, patologia vascular ampliando a expressão clínica da doença de Alzheimer), e/ou em «Comorbilidades» (por exemplo, patologia mista de doença de Alzheimer e vascular).

O termo *demência* é mantido no DSM-5 para efeitos de continuidade e pode ser utilizado em contextos nos quais os médicos e os doentes estejam habituados a este termo. Embora demência seja a designação habitual para perturbações como as demências degenerativas que em geral afetam os adultos mais idosos, o termo *perturbação neurocognitiva* é amplamente utilizado e muitas vezes preferido para condições que afetam indivíduos mais jovens, tais como o défice devido a traumatismo cranioencefálico ou a infeção por VIH. Além disso, a definição de PNC major é um pouco mais abrangente do que o termo *demência*, na medida em que este diagnóstico pode ser atribuído a indivíduos com um declínio importante num único domínio, em especial a categoria do DSM-IV «Perturbações Mnésicas», as quais seriam atualmente diagnosticadas como PNC major devida a outra condição médica para as quais o termo demência não era anteriormente utilizado.

Domínios neurocognitivos

Os critérios para as várias PNC baseiam-se em domínios cognitivos definidos. A tabela 1 fornece para cada um dos domínios principais uma definição operacional, exemplos de sintomas ou de observações relativas ao comprometimento nas atividades diárias e exemplos de avaliações. Os domínios assim definidos, juntamente com as orientações para os limiares clínicos, constituem a base sobre a qual podem ser diagnosticadas as PNC, o seu grau e os seus subtipos.

TABELA 1. Domínios neurocognitivos.

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou de observações	Exemplos de avaliações
Atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento)	*Major.* Apresenta maior dificuldade em ambientes com múltiplos estímulos (TV, rádio, conversação); é com facilidade distraído por acontecimentos externos simultâneos. É incapaz de prestar atenção a menos que os estímulos sejam restringidos e simplificados. Tem dificuldade em reter novas informações, tais como recordar números de telefone ou moradas acabados de dar, ou relatar o que acabou de ser dito. É incapaz de fazer cálculos mentais. Todo o pensamento é mais demorado do que o habitual e os componentes a ser processados têm de ser simplificados para um ou dois. *Ligeira.* As tarefas normais demoram mais tempo do que antes. Começa a encontrar erros nas tarefas de rotina; considera que o trabalho tem de ser verificado mais vezes do que antes. O pensamento é mais fácil quando não existem outros estímulos em competição (rádio, TV, outras conversas, telemóvel, condução).	*Atenção sustentada.* Manutenção da atenção ao longo do tempo (por exemplo, carregar num botão cada vez que se ouve um som e durante um período de tempo). *Atenção seletiva.* Manutenção da atenção apesar da existência de estímulos simultâneos e/ou de fatores de distração: ouvir a leitura de números e de letras e pedir para contar apenas as letras. *Atenção dividida.* Assistir a duas tarefas simultaneamente: bater rapidamente enquanto ouve ler uma história. A velocidade de processamento pode ser quantificada para qualquer tarefa pela sua cronometragem (por exemplo, tempo necessário para reunir um modelo de blocos; tempo necessário para fazer corresponder símbolos a números; velocidade na resposta, tal como velocidade de contagem ou velocidade nas séries de 3).
Função executiva (planeamento, tomada de decisões, memória de trabalho, resposta às reações/correções dos erros, controlo dos hábitos/inibição, flexibilidade mental)	*Major.* Abandona projetos complexos. Necessita de se concentrar numa tarefa de cada vez. Precisa de contar com terceiros para planear atividades instrumentais da vida diária ou para tomar decisões. *Ligeira.* Aumento do esforço necessário para completar projetos com várias fases. Tem maior dificuldade em realizar múltiplas tarefas simultaneamente ou em retomar uma tarefa que foi interrompida por um visitante ou por um telefonema. Pode queixar-se de maior fadiga provocada pelo esforço extra que é necessário para organizar, planear e tomar decisões. Pode referir que grandes reuniões sociais são mais penosas ou menos agradáveis devido ao maior esforço necessário para seguir as mudanças de conversas.	*Planeamento.* Capacidade de encontrar uma solução para um problema; interpretar uma sequência de imagens ou um conjunto de objetos. *Tomada de decisões.* Realização de tarefas que avaliam o processo de decisão face a alternativas concorrentes (por exemplo, simulação de jogo). *Memória de trabalho.* Capacidade de reter informação temporariamente durante um curto período de tempo e de a manipular (por exemplo, somar uma lista de números ou repetir uma série de números ou de palavras do fim para o princípio). *Resposta às reações/correções dos erros.* Capacidade para beneficiar das reações para inferir as regras para a resolução do problema. *Controlo dos hábitos/inibição.* Capacidade para escolher uma solução mais complexa e difícil, mas que é a correta (por exemplo, desviar o olhar da direção indicada por uma seta; indicar o nome da cor das letras de uma palavra em vez de indicar a palavra). *Flexibilidade mental/cognitiva.* Capacidade para mudar ou alternar entre dois conceitos, tarefas ou regras de resposta (por exemplo, de números para letras, de respostas verbais para respostas de pressionar botões, de somar números para ordenar números, de ordenar objetos por tamanho para os ordenar por cor).

TABELA 1. Domínios neurocognitivos *(continuação)*.

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou observações	Exemplos de avaliações
Aprendizagem e memória (memória imediata, memória recente [incluindo evocação espontânea, evocação com pista e memória de reconhecimento], memória de muito longo prazo [semântica; autobiográfica], aprendizagem implícita)	*Major.* Repete várias vezes a mesma coisa, com frequência durante a mesma conversa. Não consegue fazer compras de acordo com uma pequena lista ou seguir uma lista de planos para o dia. Necessita de repetidas chamadas de atenção para se manter focado na tarefa que está a realizar. *Ligeira.* Tem dificuldade em recordar acontecimentos recentes e depende cada vez mais da realização de listas ou de calendários. Necessita de lembranças ocasionais ou de reler para se conseguir lembrar das personagens de um filme ou romance. Ocasionalmente pode repetir várias vezes a mesma coisa à mesma pessoa durante algumas semanas. Já não sabe se pagou ou não as contas. **Nota:** exceto nas formas graves de perturbação neurocognitiva major, as memórias semântica, autobiográfica e implícita estão relativamente preservadas, quando comparadas com a memória recente.	*Memória imediata.* Capacidade para repetir uma lista de palavras ou algarismos. **Nota:** a memória imediata por vezes está incluída na «memória de trabalho» (ver «Funções Executivas»). *Memória recente.* Avalia o processo de codificar nova informação (por exemplo, listas de palavras, uma pequena história ou diagramas). Os aspetos da memória recente que podem ser testados incluem: 1) evocação espontânea (é pedido à pessoa que recorde o maior número possível de palavras, diagramas ou elementos de uma história); 2) evocação com pista (o examinador ajuda a pessoa a recordar fornecendo pistas semânticas tais como «enumere todos os alimentos da lista» ou «diga o nome de todas as crianças da história»); e 3) memória de reconhecimento (o examinador faz perguntas sobre assuntos específicos – por exemplo, «estava "maçã" na lista?» ou «viu este diagrama ou figura?». Outros aspetos da memória que também podem ser avaliados incluem a memória semântica (memória para factos), a memória autobiográfica (memória para eventos pessoais ou pessoas) e a aprendizagem (aprendizagem não consciente de aptidões) implícita (processual).
Linguagem (linguagem expressiva [incluindo nomeação, encontrar palavras, fluência, e gramática e sintaxe] e linguagem recetiva)	*Major.* Apresenta dificuldades significativas com a linguagem expressiva ou recetiva. Usa com frequência frases de aplicação geral tais como «essa coisa» e «tu sabes o que eu quero dizer» e prefere os pronomes gerais aos nomes. Nos casos de défice cognitivo grave pode até não recordar os nomes de amigos próximos ou de familiares. Ocorre utilização idiossincrática de palavras, erros gramaticais e espontaneidade do discurso e menor produção de discurso. Ocorrem estereotipias do discurso; a ecolalia e o discurso automático em geral precedem o mutismo. *Ligeira.* Tem notável dificuldade em encontrar palavras. Pode substituir termos gerais por termos específicos. Pode evitar o uso de nomes específicos de conhecidos. Os erros gramaticais envolvem omissões discretas ou o uso incorreto de artigos, preposições verbos auxiliares, etc.	*Linguagem expressiva.* Nomeação por confrontação (identificação de objetos ou de imagens); fluência (por exemplo, nomeie o maior número possível de palavras de uma categoria semântica [por exemplo, animais] ou fonética [por exemplo, palavras começadas pela letra «f»] durante 1 minuto). *Gramática e sintaxe* (por exemplo, omissão ou utilização incorreta de artigos, preposições, verbos auxiliares). Os erros verificados durante os testes de nomeação e de fluência são comparados com o padrão para avaliar a frequência dos erros e para os comparar com os lapsos de linguagem normais. *Linguagem recetiva.* Compreensão (definição de palavras e tarefas de escolha de objetos que envolvem estímulos animados ou inanimados): desempenho de ações/atividades de acordo com a ordem verbal.

TABELA 1. Domínios neurocognitivos *(continuação)*.

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou observações	Exemplos de avaliações
Percetivomotor (inclui as aptidões que estão incluídas nas designações perceção visual, visuoconstrutiva, percetivomotor, praxia e gnosia)	*Major.* Apresenta maior dificuldade em atividades que lhe eram previamente familiares (utilização de ferramentas, condução de veículos motorizados), conduzir em locais familiares; está com frequência mais confuso ao anoitecer, quando as sombras e a menor quantidade de luz alteram as perceções. *Ligeira.* Pode necessitar de depender de mapas ou de terceiros para obter as direções. Utiliza notas e segue terceiros para chegar a um local novo. Pode perder-se ou mudar de direção quando não está concentrado na tarefa. É menos preciso no estacionamento do carro. Necessita de realizar um esforço maior em tarefas espaciais, tais como carpintaria, montagem, costura ou tricô.	*Perceção visual.* Podem ser utilizados testes de secção de linhas para detetar defeitos visuais básicos ou falha de atenção. Tarefas percetivas sem necessidade de movimento (incluindo o reconhecimento facial) necessitam de identificação e/ou emparelhamento de figuras – melhor quando as tarefas não podem ser mediadas verbalmente (por exemplo, figuras não são objetos); alguns necessitam da decisão se uma figura pode ser ou não «real» com base na dimensão. *Visuoconstrutiva.* Montagem de itens necessitando de coordenação mão-olho, tais como desenhar, copiar ou montagem de blocos. *Percetivomotora.* Integração da perceção com movimentos intencionais (por exemplo, inserir blocos num tabuleiro de formas sem pistas visuais; inserir rapidamente pinos nos buracos do tabuleiro). *Praxia.* Integridade dos movimentos aprendidos, tais como capacidade para imitar gestos (acenar para dizer adeus) ou pedir para simular o modo de utilização de objetos através de mímica gestual («mostre-me como é que utilizaria um martelo»). *Gnosia.* Integridade percetiva da consciência e do reconhecimento, tais como o reconhecimento de caras e cores.
Cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente)	*Major.* Comportamento claramente fora dos limites socialmente aceitáveis; mostra falta de sensibilidade em relação às normas socialmente aceites e de modéstia no modo de vestir ou em temas de conversa sobre política, religião ou sexuais. Foca-se excessivamente num tema, apesar da falta de interesse ou de reações diretas do grupo. Intenções comportamentais sem considerar a família ou os amigos. Toma decisões sem considerar a segurança (por exemplo, veste-se de forma não adequada à temperatura ou aos contextos sociais). Tipicamente tem pouca noção sobre estas alterações. *Ligeira.* Apresenta alterações subtis no comportamento ou na atitude, muitas vezes descritas como uma alteração na personalidade, tais como uma menor capacidade de identificar pistas sociais ou ler expressões faciais, redução da empatia, aumento da extroversão ou da introversão, redução da inibição ou apatia ou inquietação subtis ou episódicas.	*Reconhecimento de emoções.* Identificação de emoções em imagens de caras representando uma variedade de emoções positivas e negativas. *Teoria da mente.* Capacidade de considerar o estado mental de outra pessoa (pensamentos, desejos, intenções) ou experiência – cartões de histórias com perguntas para obter informações sobre o estado mental dos indivíduos referidos, tais como «onde irá a rapariga procurar o saco perdido?» ou «por que é que o rapaz está triste?».

Delirium

Critérios de Diagnóstico

A. Perturbação na atenção (isto é, diminuição da capacidade para dirigir, focar, manter ou desviar a atenção) e na consciência (diminuição da clareza de perceção do ambiente).

B. A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (em geral horas a dias), representa uma alteração em relação a um nível anterior de atenção e consciência, e a sua gravidade tende a flutuar durante o dia.

C. Existe também uma alteração na cognição (por exemplo, défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuospacial ou perceção).

D. As perturbações descritas nos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outra perturbação neurocognitiva preexistente, estabelecida ou em evolução e não ocorre num contexto de um estado de redução grave do nível de vigília, tal como o coma.

E. Existe evidência pela história clínica, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação é consequência do efeito fisiológico direto de outra condição médica, da intoxicação ou abstinência de substâncias (isto é, devida a uma substância de abuso ou a uma medicação), ou da exposição a uma toxina, ou é devida a múltiplas etiologias.

Especificar se:

***Delirium* por intoxicação com substâncias**. Este diagnóstico deve ser atribuído em vez de intoxicação com substâncias quando predominam na apresentação clínica os sintomas dos critérios A e C e quando estes são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para o *delirium* por intoxicação [com substâncias específicas] são indicados na tabela abaixo. Salienta-se que o código na ICD-10-CM depende de se existe simultaneamente ou não uma perturbação de uso de substâncias da mesma classe da substância. Se coexiste uma perturbação de uso de substâncias ligeira com o *delirium* por intoxicação com substâncias, o caráter na quarta posição é «1» e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] ligeira» antes de *delirium* por intoxicação com substâncias (por exemplo, «perturbação de uso de cocaína ligeira com *delirium* por intoxicação com cocaína»). Se coexiste uma perturbação de uso de substâncias moderada ou grave com o *delirium* por intoxicação com substâncias, o caráter na quarta posição é «2», e o clínico deve registar «perturbação de uso de [substância] moderada» ou «perturbação de uso de [substância] grave», dependendo da gravidade da perturbação de uso de substâncias comórbida. Se não coexistir nenhuma perturbação de uso de substâncias (por exemplo, após uma utilização abusiva única de uma substância), então o caráter na quarta posição é «9», e o clínico deve registar apenas o *delirium* por intoxicação com substâncias.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Com perturbação de uso, ligeira	Com perturbação de uso, moderada ou grave	Sem perturbação de uso
Álcool	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	292.81	F16.121	F16.221	F16.921

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Com perturbação de uso, ligeira	Com perturbação de uso, moderada ou grave	Sem perturbação de uso
Outros alucinogénios	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Inalantes	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Opioides	292.81	F11.121	F11.221	F11.921
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Anfetaminas (ou outros estimulantes)	292.81	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Outras substâncias (ou desconhecidas)	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

***Delirium* por abstinência de substâncias**. Este diagnóstico deve ser atribuído em vez de abstinência de substâncias, quando predominam na apresentação clínica os sintomas dos Critérios A e C e quando estes são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Codificar *delirium* de abstinência de [substância específica]: **291.0 (F10.231)** álcool; **292.0 (F11.23)** opioides; **292.0 (F13.231)** sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; **292.0 (F19.231)** outra substância/medicamento (ou substância desconhecida).

***Delirium* induzido por medicamento**. Este diagnóstico é atribuído quando os sintomas dos Critérios A e C surgem como efeito de uma medicação que está a ser realizada de acordo com a prescrição médica.

Nota de codificação. O código ICD-9-CM para *delirium* induzido por [medicação específica] é **292.81**. O código ICD-10-CM depende do tipo de medicamento. Se o medicamento é um opioide tomado de acordo com a prescrição médica efetuada, o código é **F11.921**. Se o medicamento é um sedativo, hipnótico ou ansiolítico tomado de acordo com a prescrição médica efetuada, o código é **F13.921**. Se o medicamento é um estimulante de tipo anfetamina ou outro tipo de estimulante tomado de acordo com a prescrição médica efetuada, o código é **F15.921**. Para medicamentos que não pertencem a nenhuma destas categorias (por exemplo, dexametasona) e nos casos em que a substância se considere ser um fator etiológico, mas em que a classe específica da substância não seja conhecida, o código é **F19.921**.

293.0 (F0S) *Delirium* devido a outra condição médica. Há evidência pela história clínica, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação é devida ao efeito fisiológico de outra condição médica.

Nota de codificação. Incluir o nome da outra condição médica no nome do *delirium* (por exemplo, **293.0 [F0S]** *delirium* devido a encefalopatia hepática). A outra condição médica também deve ser codificada e registada em separado imediatamente antes do *delirium* devido a outra condição médica (por exemplo, **572.2 [K72.90]** encefalopatia hepática; **293.0 [F0S]** *delirium* devido a encefalopatia hepática).

293.0 (F0S) *Delirium* devido a múltiplas etiologias. Existe evidência pela história clínica, exame físico ou exames laboratoriais de que o *delirium* tem mais do que uma etiologia (por exemplo, mais do que uma condição médica etiológica; outra condição médica mais uma intoxicação por substâncias ou efeitos secundários dos medicamentos).

Nota de codificação. Utilizar diversos códigos independentes para refletir as etiologias específicas do *delirium* (por exemplo, **572.2 [K72.90]** encefalopatia hepática, **293.0 [F05]** *delirium* devido a encefalopatia hepática; **291.0 [F10.231]** *delirium* de abstinência de álcool). De salientar que a outra condição médica etiologicamente relacionado aparece registada tanto como um código independente que precede o código do *delirium* como também na designação do *delirium* devido a outra condição médica.

Especificar se:

Agudo. Tem uma duração de algumas horas ou dias.

Persistente. Tem uma duração de semanas ou meses.

Especificar se:

Hiperativo. O indivíduo tem um nível hiperativo de atividade psicomotora que pode ser acompanhado de labilidade afetiva, agitação e/ou recusa em colaborar com os cuidados médicos.

Hipoactivo. O indivíduo tem um nível hipoactivo de atividade psicomotora que pode ser acompanhado de lentificação e de letargia que se aproximam do estupor.

Nível misto de atividade. O indivíduo tem um nível normal de atividade psicomotora apesar da perturbação na atenção e consciência. Também inclui os indivíduos cujo nível de atividade flutua rapidamente.

Procedimentos de Registo

Delirium por intoxicação com substâncias

ICD-9-CM. O registo do *delirium* por intoxicação com substância/medicamento inicia-se pela substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume ter causado o *delirium*. O código de diagnóstico é selecionado da lista indicada nos critérios de diagnóstico, que é baseada na classe de substâncias. Para as substâncias que não estão incluídas em nenhuma dessas classes (por exemplo, dexametasona), deve ser utilizado o código para «outra substância»; e nos casos em que se julga que existe uma substância como fator etiológico, mas em que a classe específica dessa substância não é conhecida, deve ser utilizada a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação é seguido da evolução (isto é, aguda, persistente), seguida pelo especificador que indica o nível de atividade psicomotora (isto é, hiperativo, hipoactivo, nível misto de atividade). Ao contrário dos procedimentos de registo da ICD-10-CM, que combinam os diagnósticos de *delirium* por intoxicação com substância/medicamento e de perturbação de uso de substâncias num único código, a ICD-9-CM atribui um código de diagnóstico independente para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de um *delirium* por intoxicação agudo hiperativo que ocorre num homem com uma perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é 292.81 *delirium* por intoxicação com cocaína, agudo, hiperativo. O diagnóstico adicional de 304.20 perturbação de uso de cocaína grave também é atribuído. Se o *delirium* por intoxicação de substâncias ocorre sem ser em comorbilidade com uma perturbação de uso de substâncias (por exemplo, após uma utilização única abusiva de uma substância), não se regista nenhuma perturbação do uso de substâncias coexistente (por exemplo, 292.81 *delirium* por intoxicação com fenilciclidina, agudo, hipoactivo).

ICD-10-CM. O registo do *delirium* por intoxicação com substância/medicamento inicia-se pela substância especifica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume ter causado

o *delirium*. O código de diagnóstico é selecionado da lista indicada nos critérios de diagnóstico, que é baseada na classe de substâncias e na presença ou ausência de comorbilidade com uma perturbação do uso de substâncias. Para as substâncias que não estão incluídas em nenhuma dessas classes (por exemplo, dexametasona), deve ser utilizado o código para «outra substância»; e nos casos em que se julga que existe uma substância como fator etiológico, mas em que a classe específica dessa substância não é conhecida, deve ser utilizada a classificação «substância desconhecida».

Quando se procede ao registo da perturbação, primeiro é indicada a perturbação de uso de substâncias comórbida (caso exista), seguida pela palavra «com», seguida pelo *delirium* por intoxicação com a substância em questão, seguido pela evolução (isto é, agudo, persistente), seguida pelo especificador indicador do nível de atividade psicomotora (isto é, hiperativo, hipoactivo, nível misto de atividade). Por exemplo, no caso de um *delirium* por intoxicação agudo hiperativo que ocorre num homem com uma perturbação de uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.221 perturbação de uso de cocaína grave com *delirium* por intoxicação com cocaína, agudo, hiperativo. Não se realiza o diagnóstico independente de perturbação de uso de cocaína grave em comorbilidade. Se o *delirium* por intoxicação ocorre sem ser em comorbilidade com uma perturbação de uso de substâncias (por exemplo, após uma utilização única abusiva de uma substância), não se regista nenhuma perturbação de uso de substâncias coexistente (por exemplo, F16.921 *delirium* por intoxicação com fenciclidina, agudo, hipoactivo).

Delirium por abstinência de substâncias

ICD-9-CM. O registo do *delirium* por abstinência de substância/medicamento inicia-se pela substância específica (por exemplo, álcool) cuja abstinência se presume ter causado o *delirium*. O código de diagnóstico é selecionado da lista de códigos específicos de substâncias que é indicada na nota de codificação incluída nos critérios de diagnóstico. O nome da perturbação é seguido pela evolução (isto é, agudo, persistente), seguida pelo especificador que indica o nível de atividade psicomotora (isto é, hiperativo, hipoactivo, nível misto de atividade). Ao contrário dos procedimentos de registo da ICD-10-CM, que combina os diagnósticos de *delirium* por intoxicação com substância/medicamento e de perturbação de uso de substâncias num único código, a ICD-9-CM atribui um código de diagnóstico independente para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de um *delirium* por abstinência agudo hiperativo que ocorre num homem com uma perturbação de uso de álcool grave, o diagnóstico é 291.0 *delirium* de abstinência de álcool, agudo, hiperativo. O diagnóstico adicional de 303.90 perturbação de uso de álcool grave também é atribuído.

ICD-10-CM. O registo do *delirium* por abstinência de substância/medicamento inicia-se pela substância específica (por exemplo, álcool) que se presume ter causado o *delirium*. O código de diagnóstico é selecionado da lista de códigos específicos de substâncias que é indicada na nota de codificação incluída nos critérios de diagnóstico. Quando se procede ao registo da perturbação, primeiro é indicada a perturbação de uso de substâncias moderada ou grave coexistente (caso exista), seguida pela palavra «com», seguida pelo *delirium* por abstinência da substância em questão, seguido pela evolução (isto é, agudo, persistente), seguida pelo especificador indicador do nível de atividade psicomotora (isto é, hiperativo, hipoactivo, nível misto de atividade). Por exemplo, no caso de um *delirium* de abstinência agudo hiperativo que ocorre num homem com uma perturbação de uso de álcool grave, o diagnóstico é F10.231 perturbação de uso de álcool grave com *delirium* de abstinência de álcool, agudo,

hiperativo. Não se realiza o diagnóstico independente de perturbação de uso de álcool grave em comorbilidade.

***Delirium* induzido por medicamento.** O registo do *delirium* induzido por medicamento inicia-se pelo nome da substância específica (por exemplo, dexametasona) que se presume ter causado o *delirium*. O nome da perturbação é seguido pela evolução (isto é, agudo, persistente), seguida pelo especificador que indica o nível de atividade psicomotora (isto é, hiperativo, hipoactivo, nível misto de atividade). Por exemplo, no caso de um *delirium* induzido por medicamento agudo hiperativo que ocorre num homem que usa dexametasona como prescrito, o diagnóstico é 292.81 (F19.921) *delirium* induzido por dexametasona, agudo, hiperativo.

Especificadores

Em relação à evolução, em meio hospitalar, o *delirium* é habitual durar cerca de 1 semana, mas alguns sintomas persistem com frequência após a alta hospitalar do indivíduo.

Os indivíduos com *delirium* podem alternar rapidamente entre os estados hiperativo e hipoactivo. O estado hiperativo pode ser mais comum ou mais frequentemente diagnosticado e está com frequência associado a efeitos secundários de medicamentos e à abstinência de substâncias. O estado hipoactivo pode ser mais frequente em adultos mais velhos.

Características de Diagnóstico

A característica essencial do *delirium* é uma perturbação da atenção ou da consciência que é acompanhada por uma alteração em relação a um nível anterior de cognição que não é mais bem explicada por uma perturbação neurocognitiva (PNC) preexistente ou em evolução. A perturbação da atenção (Critério A) manifesta-se por uma diminuição da capacidade para dirigir, focar, manter ou desviar a atenção. As perguntas têm de ser repetidas, porque a atenção do indivíduo se dispersa ou pode perseverar numa resposta a uma questão anterior em vez de desviar adequadamente a atenção. O indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. A perturbação da consciência manifesta-se por uma diminuição da clareza de perceção do ambiente ou por vezes até de si próprio.

A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo, habitualmente em horas a dias, e tende a flutuar durante o dia, com frequência com agravamento ao final da tarde ou durante a noite quando existe uma redução dos estímulos orientadores externos (Critério B). Existe evidência pela história clínica, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação é consequência do efeito fisiológico de uma condição médica subjacente, da intoxicação ou abstinência de substâncias, do uso de um medicamento, ou da exposição a uma toxina, ou uma combinação desses fatores (Critério E). A etiologia deve ser codificada de acordo com o subtipo etiológico adequado (isto é, intoxicação com substância ou medicamento, abstinência de substância, outra condição médica ou múltiplas etiologias). O *delirium* ocorre com frequência no contexto de uma PNC subjacente. O défice no funcionamento cerebral dos indivíduos com PNC ligeira e major torna-os mais vulneráveis ao *delirium*.

Existe também uma alteração em pelo menos uma outra área que pode incluir a memória e a aprendizagem (sobretudo a memória recente), a desorientação (sobretudo no tempo e espaço), alterações na linguagem ou distorções percetivas ou uma alteração percetivomotora (Critério C). As perturbações da perceção que acompanham o *delirium* podem incluir as distorções sensoriais, as ilusões ou as alucinações; estas perturbações são em geral visuais, mas também podem ocorrer noutras modalidades sensoriais, e variam desde simples e uniformes

até às mais complexas. A atenção/vigília normais, o *delirium* e o coma formam um contínuo, sendo o coma definido como a ausência de qualquer resposta a um estímulo verbal. A capacidade de avaliação da cognição para a atribuição do diagnóstico de *delirium* depende da existência de um nível de consciência adequado para poder responder aos estímulos verbais; por isso, o *delirium* não deve ser diagnosticado num doente em coma (Critério D). Muitos doentes que não estão em coma têm uma diminuição do nível de consciência. Os doentes que apenas respondem ligeiramente aos estímulos verbais não são capazes de colaborar nas tentativas de aplicação de testes padronizados ou mesmo na entrevista. Esta incapacidade em colaborar deve ser classificada como distractibilidade grave. Os estados de diminuição do nível de consciência (de início agudo) devem ser reconhecidos como sendo indicadores de distractibilidade grave e de perturbação da cognição, e por isso, de *delirium*. Estes são clinicamente indistinguíveis do *delirium* que é diagnosticado com base na distractibilidade grave ou na perturbação da cognição que é revelada através dos testes cognitivos e na entrevista.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O *delirium* está muitas vezes associado a uma perturbação no ciclo sono-vigília. Esta perturbação pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade em adormecer, hipersónia diurna ou permanecer acordado durante a noite. Nalguns casos, pode ocorrer uma inversão completa noite-dia do ciclo sono-vigília. As perturbações do sono-vigília são muito comuns no *delirium* e foram propostas como critérios essenciais para o diagnóstico

O indivíduo com *delirium* pode apresentar perturbações emocionais tais como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, ira, euforia e apatia. Podem existir mudanças rápidas e imprevisíveis de um estado emocional para outro. O estado de perturbação emocional também se pode evidenciar por chamamentos, gritos, pragas, mutismo, gemidos ou outros sons. Estes comportamentos são particularmente prevalentes de noite e sob condições em que a estimulação e a sugestão ambiental estão ausentes.

Prevalência

A prevalência de *delirium* é mais elevada em indivíduos mais velhos hospitalizados e varia de acordo com as características do indivíduo, o local de prestação de cuidados e a sensibilidade do método de deteção utilizado. A prevalência de *delirium* na comunidade é globalmente baixa (1%-2%), mas aumenta com a idade, elevando-se para 14% entre os indivíduos com idade superior a 85 anos. A prevalência de *delirium* é 10%-30% nos indivíduos mais velhos admitidos nos serviços de urgência, onde o *delirium* é com frequência indicador da presença de uma doença médica.

A prevalência de *delirium* à data de admissão hospitalar varia entre 14% e 24% e a estimativa da incidência de desenvolvimento de *delirium* durante o internamento varia entre 6% e 56% para a generalidade dos doentes internados. O *delirium* ocorre em 15%-53% dos indivíduos mais velhos no período pós-operatório e em 70%-87% daqueles que estão em unidades de cuidados intensivos. O *delirium* ocorre em até 60% dos indivíduos em casas de repouso ou em cuidados pós-agudos e em até 83% de todos os indivíduos em fim de vida.

Desenvolvimento e Curso

Embora na maioria dos indivíduos com *delirium* ocorra recuperação completa com ou sem tratamento, o diagnóstico e o tratamento precoces habitualmente reduzem a duração do *delirium*. O *delirium* pode progredir para estupor, coma, crises convulsivas e morte, em especial

se a causa subjacente não for tratada. A mortalidade é elevada nos indivíduos hospitalizados com *delirium*, e até 40% dos indivíduos com *delirium*, especialmente aqueles com doença maligna e outras doenças médicas subjacentes significativas, morre no prazo de 1 ano após o diagnóstico.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Pode haver um risco aumentado de *delirium* quando há défices no funcionamento, imobilização, história de quedas, níveis reduzidos de atividade e utilização de substâncias e medicamentos com propriedades psicoativas (sobretudo álcool e anticolinérgicos).

Genéticos e fisiológicos. As PNC major ou ligeira podem aumentar o risco de vir a desenvolver *delirium* e de complicar a sua evolução. Os indivíduos mais velhos são especialmente suscetíveis ao *delirium* em comparação com os adultos mais jovens. As crianças podem ser mais suscetíveis ao *delirium* do que os adultos. Na infância o *delirium* pode estar relacionado com a febre e com certos medicamentos (por exemplo, anticolinérgicos).

Marcadores de Diagnóstico

Além dos exames laboratoriais característicos das condições médicas subjacentes (ou dos estados de intoxicação ou de abstinência), o eletrencefalograma mostra com frequência uma redução generalizada da atividade, encontrando-se ocasionalmente uma atividade acelerada (por exemplo, nalguns casos de *delirium* de abstinência de álcool). Contudo, o eletrencefalograma não é suficientemente sensível e específico para ser utilizado no diagnóstico de *delirium*.

Consequências Funcionais do *Delirium*

O próprio *delirium* está associado a um aumento no declínio funcional e risco de institucionalização. Relativamente aos doentes hospitalizados sem *delirium*, os doentes hospitalizados com *delirium* com idade igual ou superior a 65 anos têm um risco três vezes maior de serem instalados em casas de repouso e um risco também três vezes mais elevado de declínio funcional, tanto à data da alta como 3 meses depois.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações psicóticas e perturbações bipolar e depressiva com características psicóticas. O *delirium* que se caracteriza por alucinações vívidas, ideias delirantes, perturbação da linguagem e agitação deverá ser distinguido da perturbação psicótica breve, da esquizofrenia, da perturbação esquizofreniforme e de outras perturbações psicóticas, bem como das perturbações bipolar e depressiva com características psicóticas.

Perturbação aguda de stress. O *delirium* associado com o medo, a ansiedade e sintomas dissociativos como a despersonalização deve ser distinguido da perturbação aguda de *stress*, que é precipitada pela exposição a um evento gravemente traumatizante.

Simulação e perturbação factícia. O *delirium* pode ser distinguido da simulação e da perturbação factícia com base na apresentação com frequência atípica da simulação e da perturbação factícia e na ausência de outra condição médica ou utilização de substâncias etiologicamente relacionadas com a perturbação cognitiva aparente.

Outras perturbações neurocognitivas. O problema de diagnóstico diferencial mais comum quando se avalia a confusão em adultos mais velhos é na determinação de quais é que são os sintomas de *delirium* e os de demência. O clínico deve determinar se o indivíduo tem apenas *delirium*; se apresenta um *delirium* sobreposto a uma PNC preexistente, tal como uma PNC devida a doença de Alzheimer; ou se tem uma PNC sem *delirium*. A distinção clássica entre *delirium* e demência com base no início da deterioração e na evolução temporal dos sintomas é particularmente difícil em indivíduos idosos com PNC prévia que pode não ter sido previamente diagnosticada ou que desenvolvem défices cognitivos persistentes após um episódio agudo de *delirium*.

Delirium com Outra Especificação

780.09 (R41.0)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de *delirium* e que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, laboral ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem completamente os critérios de diagnóstico para *delirium* ou para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações neurocognitivas. A categoria de *delirium* com outra especificação é utilizada nas situações em que o clínico decide comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para *delirium* ou para nenhuma das perturbações neurocognitivas específicas. Isto é feito pelo registo de «*delirum* com outra especificação» seguido pela razão específica (por exemplo, «síndrome de *delirium* atenuado»).

Um exemplo de apresentação que pode ser especificada utilizando a designação «com outra especificação» é o seguinte:

Síndrome de *delirium* atenuado. Esta síndrome aplica-se nos casos de *delirium* em que a gravidade do défice cognitivo fica aquém da necessária para realizar o diagnóstico, ou nos casos em que estão preenchidos alguns, mas não a totalidade, dos critérios de diagnóstico de *delirium*.

Delirium Não Especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de *delirium* e que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, laboral ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem completamente os critérios de diagnóstico para *delirium* ou para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações neurocognitivas. A categoria de *delirium* não especificado é utilizada em situações nas quais o clínico decide *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios para nenhum *delirium* ou para nenhuma das perturbações neurocognitivas, e inclui as apresentações nas quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em contextos de serviço de urgência).

Perturbações Neurocognitivas Major ou Ligeira

Perturbação Neurocognitiva Major

Critérios de Diagnóstico

A. Evidência de declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivomotora ou cognição social) com base em:
   1. Preocupação do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico de que existe um declínio significativo na função cognitiva; e
   2. Um défice substancial no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por testes neuropsicológicos estandardizados ou, na sua ausência, por outra avaliação clínica quantitativa.

B. Os défices cognitivos interferem na realização independente das atividades da vida diária (isto é, no mínimo necessita de assistência nas atividades instrumentais complexas da vida diária tais como pagar contas ou gerir a medicação).

C. Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um *delirium*.

D. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva major, esquizofrenia).

Especificar se é devida a:

Doença de Alzheimer (pp. 730-734)
Degeneração lobar frontotemporal (pp. 734-738)
Doença dos corpos de Lewy (pp. 738-742)
Doença vascular (pp. 742-746)
Lesão cerebral traumática(pp. 746-750)
Uso de substância/medicamento (pp. 750-755)
Infeção por VIH (pp. 755-758)
Doença dos priões (pp. 758-760)
Doença de Parkinson (pp. 760-763)
Doença de Huntington (pp. 763-766)
Outra condição médica (pp. 760-768)
Múltiplas etiologias (pp. 768-769)
Não especificada (p. 769)

Nota de codificação. Codificar com base na etiologia médica ou da substância. Nalguns casos, existe necessidade de utilizar um código adicional para a condição médica etiologicamente relacionada, o qual deve preceder imediatamente o código de diagnóstico para a perturbação neurocognitiva major, como se exemplifica a seguir:

Subtipo etiológico	Código da condição médica etiologicamente relacionada com a perturbação neurocognitiva major[a]	Código da perturbação neurocognitiva major[b]	Código da perturbação neurocognitiva ligeira[c]
Doença de Alzheimer	Provável: 331.0 (G30.9) Possível: sem código adicional para condição médica	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença de Alzheimer)
Degeneração lobar frontotemporal	Provável: 331.19 (G31.09) Possível: sem código adicional para condição médica	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença frontotemporal)
Doença dos corpos de Lewy	Provável: 331.82 (G31.83) Possível: sem código adicional para condição médica	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença de corpos de Lewy)
Doença vascular	Sem código adicional para condição médica	Provável: 290.40 (F01.5x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença vascular)
Lesão cerebral traumática	907.0 (S06.2X9S)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para lesão cerebral traumática)
Uso de substância/ /medicamento	Sem código adicional para condição médica	Codificar com base no tipo de substância que induz a perturbação neurocognitiva[c,d]	Codificar com base no tipo de substância que induz a perturbação neurocognitiva[c,d]
Infeção por VIH	042 (B20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para infeção por VIH)
Doença dos priões	046.79 (A81.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença das priões)
Doença de Parkinson	Provável: 332.0 (G20) Possível: sem código adicional para condição médica	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença de Parkinson)
Doença de Huntington	333.4 (G10)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não utilizar código adicional para doença de Huntington)
Outra condição médica	Codificar primeiro outra condição médica (por exemplo, 340 [G35] esclerose múltipla)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não utilizar códigos adicionais para as outras condições médicas que se presumem estar etiologicamente relacionados.)
Múltiplas etiologias	Codificar primeiro todas as condições médicas etiologicamente relacionadas (exceto a doença vascular)	294.1x (F02.8x) (Mais o código para as perturbações neurocognitivas major induzidas por substância/medicamento relevantes se a substância ou o medicamento estiverem implicados na etiologia.)	331.83 (G31.84) (Mais o código para as perturbações neurocognitivas ligeiras induzidas por substância/medicamento relevantes se a substância ou o medicamento estiverem implicados na etiologia. Não utilizar códigos adicionais para as condições médicas que se presume estarem etiologicamente relacionadas.)
Não especificada	Sem código adicional para condição médica	799.59 (R41.9)	799.59 (R41.9)

[a] Codificar primeiro, antes do código para a perturbação neurocognitiva major.

[b] Codificar o quinto dígito com base nos especificadores de sintomas: .x0 sem perturbação do comportamento; .x1 com perturbação do comportamento (por exemplo, sintomas psicóticos, perturbação do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

[c] **Nota.** O especificador da perturbação do comportamento não pode ser codificado, mas ainda assim deve ser indicado quando se procede ao registo.

[d] Ver «Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Induzida por Substância/Medicamento».

Especificar:

Sem perturbação do comportamento. Se a perturbação cognitiva não for acompanhada por uma perturbação do comportamento clinicamente significativa.

Com perturbação do comportamento (*especificar a perturbação*). Se a perturbação cognitiva for acompanhada por uma perturbação do comportamento clinicamente significativa (por exemplo, sintomas psicóticos, perturbação do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária (por exemplo, lida da casa, gestão do dinheiro).

Moderada. Dificuldades nas atividades básicas da vida diária (por exemplo, alimentação, vestir).

Grave. Totalmente dependente.

Perturbação Neurocognitiva Ligeira

Critérios de Diagnóstico

A. Evidência de um declínio cognitivo modesto em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivomotora ou cognição social) com base em:
   1. Preocupação do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico de que existe um ligeiro declínio na função cognitiva; e
   2. Um défice modesto no desempenho cognitivo, de preferência documentado por testes neuropsicológicos estandardizados ou, na sua ausência, por outra avaliação clínica quantitativa.

B. Os défices cognitivos não interferem na realização independente das atividades da vida diária (isto é, as atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagar contas ou gerir a medicação, estão preservadas, mas poderão exigir um maior esforço, utilização de estratégias de compensação ou de ajustamento).

C. Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um *delirium*.

D. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva major, esquizofrenia).

Especificar se é devida a:

Doença de Alzheimer (pp. 730-734)
Degeneração lobar frontotemporal (pp. 734-738)
Doença dos corpos de Lewy (pp. 738-742)
Doença vascular (pp. 742-746)
Lesão cerebral traumática(pp. 746-750)
Uso de substância/medicamento (pp. 750-755)
Infeção por VIH (pp. 755-758)
Doença dos priões (pp. 758-760)
Doença de Parkinson (pp. 760-763)
Doença de Huntington (pp. 763-766)
Outra condição médica (pp. 760-768)
Múltiplas etiologias (pp. 768-769)
Não especificada (p. 769)

Nota de codificação. Codificar a perturbação neurocognitiva ligeira devida a qualquer uma das etiologias médicas acima indicadas com o código **331.83 (G31.84)**. *Não* utilizar códigos adicionais para as condições médicas que se presumem estar etiologicamente relacionadas. Na perturbação neurocognitiva ligeira induzida por substância/medicamento, codificar com base no tipo de substância que induz a perturbação neurocognitiva; ver «Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Induzida por Substância/Medicamento». Para a perturbação neurocognitiva ligeira não especificada deve ser utilizado o código **799.59 (R41.9)**.

Especificar se:

Sem perturbação do comportamento. Se a perturbação cognitiva não for acompanhada por uma perturbação do comportamento clinicamente significativa.

Com perturbação do comportamento (*especificar a perturbação*). Se a perturbação cognitiva for acompanhada por uma perturbação do comportamento clinicamente significativa (por exemplo, sintomas psicóticos, perturbação do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

Subtipos

As perturbações neurocognitivas (PNC) major ou ligeira são primariamente classificadas em subtipos de acordo com a entidade, ou entidades, patológica/etiológica conhecida ou presumida subjacentes ao declínio cognitivo. Estes subtipos são distinguidos com base na combinação da evolução temporal, dos domínios cognitivos caracteristicamente afetados e dos sintomas associados. Para alguns subtipos etiológicos, o diagnóstico depende substancialmente da presença de uma potencial entidade etiológica, tal como a doença de Parkinson ou a de Huntington, ou uma lesão cerebral traumática ou acidente vascular cerebral num período de tempo apropriado. Para outros subtipos etiológicos (em geral as doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer, a degeneração lobar frontotemporal e a doença dos corpos de Lewy), o diagnóstico é baseado principalmente nos sintomas cognitivos, comportamentais e do funcionamento. Tipicamente, a diferenciação entre estas síndromes em que não se identifica uma entidade etiológica independente é mais clara a nível da PNC major do que ao nível da PNC ligeira, mas por vezes os sintomas característicos e as características associadas também se encontram presentes ao nível da PNC ligeira.

As PNC são com frequência tratadas por médicos de várias especialidades. Para muitos subtipos, os grupos multidisciplinares de peritos internacionais desenvolveram critérios especializados consensuais com base na correlação clinicopatológica com a patologia cerebral subjacente. Os critérios dos subtipos aqui apresentados foram harmonizados com os critérios dos peritos.

Especificadores

Existe evidência da existência de características comportamentais distintas nas PNC, sobretudo nas áreas dos sintomas psicóticos e da depressão. As características psicóticas são comuns a muitas PNC, em especial na fase ligeira a moderada da PNC major devida à doença de Alzheimer, à doença dos corpos de Lewy e à degeneração lobar frontotemporal. A paranoia e outros tipos de delírios são características frequentes e muitas vezes o conteúdo persecutório pode ser um aspeto proeminente da ideação delirante. Ao contrário das perturbações psicóticas com início numa fase mais inicial da vida (por exemplo, esquizofrenia),

a desorganização do discurso e o comportamento desorganizado não são característicos da psicose nas PNC. Podem ocorrer alucinações em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações visuais sejam mais comuns nas PNC do que nas perturbações depressivas, bipolares ou psicóticas.

Podem ocorrer perturbações do humor, incluindo depressão, ansiedade e elação do humor. A depressão é frequente numa fase inicial da evolução da PNC (incluindo na PNC ligeira) devida à doença de Alzheimer e à doença de Parkinson, enquanto a elação do humor pode ocorrer com mais frequência na degeneração lobar frontotemporal. Quando está presente uma síndrome afetiva completa que preenche os critérios de diagnóstico para perturbação depressiva ou bipolar, esse diagnóstico também deve ser codificado. Os sintomas afetivos são cada vez mais reconhecidos como uma característica importante nas fases iniciais das PNC ligeiras, pelo que o seu reconhecimento clínico e intervenção podem ser importantes.

A agitação é comum numa grande variedade de PNC, sobretudo na PNC major com gravidade moderada a grave, e ocorre com frequência no contexto de confusão ou de frustração. Esta pode manifestar-se como comportamentos de luta, em especial no contexto de resistência à prestação de cuidados, tais como o banho ou o vestir. A agitação é caracterizada por uma atividade disruptiva motora ou verbal e tende a ocorrer nas fases mais avançadas do défice cognitivo em todas as PNC.

Os indivíduos com PNC podem apresentar uma grande variedade de sintomas comportamentais que são alvo de tratamento. A perturbação do sono é um sintoma frequente que pode levar à procura de ajuda clínica e incluir sintomas de insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano.

A apatia é comum na PNC ligeira e na PNC major ligeira. A apatia é particularmente observada na PNC devida à doença de Alzheimer e pode ser uma característica proeminente da PNC devida a degeneração lobar frontotemporal. A apatia é em geral caracterizada por uma diminuição da motivação e por uma redução do comportamento dirigido para as atividades acompanhadas de uma diminuição da reatividade emocional. Os sintomas de apatia podem manifestar-se numa fase inicial das PNC quando se observa uma perda de motivação para prosseguir as atividades da vida diária ou os passatempos.

Outros sintomas comportamentais importantes incluem vaguear, desinibição, hiperfagia e acumulação. Alguns destes sintomas são característicos de perturbações específicas, como é discutido nas secções relevantes. Quando está presente mais do que uma perturbação do comportamento, cada uma delas deve ser registada utilizando o especificador «com sintomas comportamentais».

Características de Diagnóstico

As PNC major ou ligeira encontram-se num espectro/contínuo de défices cognitivos e funcionais. A PNC major corresponde à perturbação referida no DSM-IV como *demência*, mantida neste manual como uma designação alternativa. A característica nuclear das PNC é um declínio cognitivo adquirido num ou mais domínios cognitivos (Critério A) com base, simultaneamente: 1) numa preocupação sobre a cognição por parte do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico; e 2) num desempenho inferior ao esperado numa avaliação objetiva ou que tem vindo a piorar ao longo do tempo. É necessária tanto uma preocupação como uma evidência objetiva, pois ambas são complementares. Quando existe exclusivamente um foco nos testes objetivos, a perturbação pode não ser

diagnosticada em indivíduos com um nível elevado de funcionamento e cujo desempenho cognitivo atual «normal» representa na realidade um declínio significativo das suas capacidades, ou então poderá ser erradamente diagnosticada uma perturbação em indivíduos com desempenho cognitivo atual «baixo» que não representa uma alteração em relação a um nível cognitivo anterior ou então que é resultado de fatores externos, tais como as condições em que o teste é aplicado ou uma doença temporária. Em alternativa, um foco excessivo em sintomas subjetivos pode levar ao não diagnóstico da doença em indivíduos com pouco *insight* para a doença, ou naqueles cujos informadores não detetam ou negam os sintomas dos indivíduos, ou pode ter excessiva sensibilidade nos chamados hipocondríacos.

Uma preocupação cognitiva difere de uma queixa, na medida em que a preocupação pode ser ou não verbalizada espontaneamente. Deste modo, a preocupação pode precisar de ser suscitada pelo inquérito cuidadoso sobre sintomas específicos que ocorrem com frequência em indivíduos com défices cognitivos (ver Tabela 1 na introdução deste capítulo). Por exemplo, as preocupações com a memória incluem a dificuldade em recordar uma pequena lista de compras ou em acompanhar o enredo de um programa da televisão; as preocupações com funções executivas incluem dificuldade em retomar uma tarefa após uma interrupção, dificuldade em organizar os registos fiscais ou em planear uma refeição festiva. A nível da PNC ligeira, é provável que o indivíduo descreva que estas tarefas são mais difíceis de realizar do que eram anteriormente ou que necessita de mais tempo ou de um maior esforço ou de estratégias de compensação para as realizar. A nível da PNC major, essas tarefas apenas podem ser completadas com ajuda ou podem mesmo ser abandonadas antes de estarem terminadas. A nível da PNC ligeira, os indivíduos e as suas famílias podem não detetar os sintomas ou podem considerá-los normais, em especial nos idosos; assim, a realização de uma história clínica cuidadosa é da maior importância. As dificuldades devem representar mudanças e não padrões ao longo da vida: o indivíduo ou o informador podem clarificar este aspeto, ou o clínico pode inferir a mudança a partir do conhecimento prévio que tem do doente ou de pistas laborais ou outras. É também fundamental determinar que as dificuldades estão relacionadas com os défices cognitivos e não com limitações sensoriais ou motoras.

Os testes neuropsicológicos, com o desempenho comparado com o padrão normal para o grupo etário, nível de escolaridade e contexto cultural do doente fazem parte da avaliação estandardizada das PNC e são particularmente importantes na avaliação da PNC ligeira. Na PNC major o desempenho encontra-se tipicamente pelo menos 2 desvios-padrão abaixo do padrão normal (3.° percentil ou inferior). Na PNC ligeira o desempenho encontra-se tipicamente no intervalo entre 1 e 2 desvios-padrão (entre o 3.° percentil e o 16.° percentil). Contudo, os testes neuropsicológicos não se encontram disponíveis em todos os locais e os limiares neuropsicológicos são sensíveis ao teste(s) específico(s) e aos padrões utilizados, bem como às condições de teste, a limitações sensoriais e a doenças intercorrentes. Uma variedade de avaliações breves de consultório ou «cabeceira», tal como descrito na Tabela 1, podem fornecer também dados objetivos em contextos nos quais os testes não estão disponíveis ou não são viáveis. De qualquer modo, tal como com as preocupações cognitivas, o desempenho objetivo do indivíduo deve ser interpretado em relação ao seu desempenho prévio. Idealmente, essa informação sobre o desempenho prévio do indivíduo estaria disponível e seria resultante da aplicação prévia do mesmo teste, mas muitas vezes esta informação tem de ser inferida com base num padrão adequado, juntamente com o nível de escolaridade,

a profissão e outros fatores do indivíduo. Os padrões são mais difíceis de interpretar em indivíduos com níveis de escolaridade muito elevados ou muito reduzidos e em indivíduos que estão a ser testados numa língua que não é a sua língua materna ou que não se encontram no seu contexto cultural.

O Critério B refere-se ao nível de independência do indivíduo no funcionamento quotidiano. Os indivíduos com PNC major têm um défice com gravidade suficiente para interferir com a independência, de tal modo que outros indivíduos terão de assumir o controlo de tarefas que o indivíduo antes era capaz de realizar sozinho. Os indivíduos com PNC ligeira mantêm a autonomia preservada, embora possam existir discretas interferências no funcionamento ou possa ser referido que é necessário um maior esforço para realizar as tarefas ou que demoram mais tempo a realizá-las do que antes.

A distinção entre PNC major e PNC ligeira é inerentemente arbitrária e as perturbações existem ao longo de um contínuo. É portanto difícil definir limites precisos. Assim, é necessário realizar de forma cuidadosa a história clínica e a observação, bem como integrar outros dados, e as implicações que o diagnóstico poderá ter devem ser ponderadas quando a apresentação clínica do indivíduo se situa numa zona de fronteira.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Tipicamente, as características associadas que suportam o diagnóstico de PNC major ou ligeira vão ser específicas do subtipo etiológico (por exemplo, sensibilidade aos neurolépticos e alucinações visuais na PNC devida a doença dos corpos de Lewy). As características de diagnóstico específicas de cada subtipo são indicadas nas secções correspondentes.

Prevalência

A prevalência da PNC varia muito, dependendo da idade e do subtipo etiológico. Em geral, os valores de prevalência estimados apenas se encontram disponíveis para populações mais velhas. Entre os indivíduos com idade superior a 60 anos, a prevalência da PNC aumenta progressivamente com a idade, sendo assim os valores estimados de prevalência mais precisos para grupos etários mais estreitos do que para categorias mais abrangentes como «acima de 65 anos» (onde a idade média varia muito com a esperança média de vida de uma dada população). Para os subtipos etiológicos que ocorrem ao longo da vida os valores estimados da prevalência para PNC provavelmente encontram-se disponíveis, caso existam, apenas como a fração de indivíduos que irá desenvolver PNC de entre os indivíduos que têm a doença em questão (por exemplo, lesão cerebral traumática, infeção por VIH).

Em geral, os valores estimados de prevalência para demência (que é amplamente congruente com a PNC major) são de cerca de 1%-2% aos 65 anos e tão elevados quanto 30% aos 85 anos de idade. A prevalência da PNC ligeira é muito sensível à definição da perturbação, sobretudo em contextos comunitários em que as avaliações são menos pormenorizadas. Adicionalmente, ao contrário dos contextos clínicos, nos quais as preocupações cognitivas têm de ser elevadas para se procurar a prestação de cuidados, na comunidade pode existir um declínio menos claro relativamente ao nível anterior de funcionamento. Os valores estimados de prevalência para o défice cognitivo ligeiro (que é substancialmente congruente com a PNC ligeira) nos indivíduos mais idosos são muito variáveis, variando entre 2% e 10% aos 65 anos de idade e entre 5% e 25% aos 85 anos de idade.

Desenvolvimento e Curso

O curso da PNC varia com o subtipo etiológico e esta variação pode ser útil para o diagnóstico diferencial. Alguns subtipos (por exemplo, aqueles relacionados com traumatismos cranianos ou acidentes vasculares cerebrais), em geral, têm início num momento bem definido e (pelo menos depois de os sintomas iniciais relacionados com a inflamação ou o edema remitirem) permanecem estáticos. Outros subtipos podem apresentar flutuações ao longo do tempo (embora, se isso ocorrer, deverá ser considerada a possibilidade de existir um *delirium* sobreposto a uma PNC). As PNC devidas a doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer ou a degeneração lobar frontotemporal, são tipicamente marcadas por início insidioso e uma progressão gradual, e o padrão de início dos défices cognitivos e das características associadas ajuda a distingui-las entre si.

As PNC com início na infância e adolescência podem ter extensas repercussões no desenvolvimento social e intelectual, e neste contexto a incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) e/ou outras perturbações do neurodesenvolvimento também podem ser diagnosticadas para melhor capturar o quadro clínico na totalidade e para assegurar a prestação de uma vasta gama de serviços. Em indivíduos mais velhos, as PNC ocorrem com frequência no contexto de doenças médicas, fragilidade e défice sensorial, os quais complicam o diagnóstico e tratamento do quadro clínico.

Quando o défice cognitivo surge entre a juventude e a meia-idade, é provável que os indivíduos e as famílias procurem tratamento. As PNC tipicamente são mais fáceis de identificar em idades mais jovens, embora, nalguns contextos, a simulação e outras perturbações factícias possam ser um problema. Numa idade já muito avançada, os sintomas cognitivos podem não constituir um motivo de preocupação ou podem passar despercebidos. Numa idade avançada, a PNC ligeira deve ser também distinguida dos défices mais ligeiros associados ao «envelhecimento normal», embora uma grande parte daquilo que tem vindo a ser atribuído ao envelhecimento normal provavelmente represente já fases prodrómicas de várias PNC. Além disso, torna-se mais difícil diagnosticar a PNC ligeira com o avançar da idade devido ao aumento da prevalência de condições médicas e de défices sensoriais. Torna-se mais difícil diferenciar os vários subtipos com o avanço da idade, pois existem múltiplas origens potenciais de declínio neurocognitivo.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Os fatores de risco variam não só de acordo com o subtipo etiológico como também de acordo com a idade de início de cada subtipo etiológico. Alguns subtipos encontram-se distribuídos ao longo da vida, enquanto outros ocorrem exclusiva ou principalmente numa idade avançada. Mesmo entre as PNC do envelhecimento, a prevalência relativa varia com a idade: a doença de Alzheimer é rara antes dos 60 anos e a prevalência aumenta posteriormente de forma progressiva, enquanto a degeneração lobar frontotemporal, que é em geral menos comum, tem um início mais precoce e representa uma fração cada vez menor das PNC à medida que a idade avança.

Genéticos e fisiológicos. O fator de risco mais importante para vir a desenvolver PNC major ou ligeira é a idade, primordialmente porque a idade aumenta o risco de vir a desenvolver doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares. O género feminino está associado a uma maior prevalência de demência em geral, e de doença de Alzheimer em particular, mas esta diferença é largamente, senão na totalidade, atribuível à maior longevidade das mulheres.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os níveis de consciência e de preocupação dos indivíduos e das famílias com os sintomas neurocognitivos podem variar de acordo com os diversos grupos étnicos e profissionais. Os sintomas neurocognitivos têm maior probabilidade de ser detetados, sobretudo em nível ligeiro, nos indivíduos que exercem atividades profissionais, domésticas ou recreativas complexas. Além disso, os controlos padronizados para os testes neuropsicológicos tendem a estar disponíveis apenas para a população geral e, portanto, estes podem não ser facilmente aplicáveis a indivíduos com um nível de escolaridade inferior ao ensino devido seja a indivíduos que estão a ser testados numa língua que não é a sua língua materna ou que não se encontram no seu contexto cultural.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Tal como a idade, cultura e profissão, os aspetos relacionados com o género podem afetar os níveis de preocupação e de consciência em relação aos sintomas neurocognitivos. Além disso, nas PNC em idade avançada, as mulheres têm maior probabilidade de ser mais velhas, de ter mais comorbilidades médicas e de viver sozinhas, o que pode complicar a avaliação e o tratamento. Para além disso, existem diferenças de género na frequência de alguns subtipos etiológicos.

Marcadores de Diagnóstico

Para além de uma história clínica cuidadosa, a avaliação neuropsicológica é o principal meio para o diagnóstico das PNC, em particular para as de nível ligeiro, em que as alterações funcionais são mínimas e os sintomas são mais subtis. Idealmente, os indivíduos serão referenciados para uma avaliação neuropsicológica formal, a qual irá fornecer uma avaliação quantitativa de todos os domínios neurocognitivos relevantes e assim auxiliar no diagnóstico; fornecer orientações à família sobre as áreas nas quais o indivíduo irá precisar de mais apoio; e servir como referência para permitir avaliar posteriormente a existência de agravamento do declínio cognitivo ou a resposta ao tratamento. Quando a avaliação neuropsicológica formal não está disponível ou não é viável realizá-la, as avaliações breves da Tabela 1 podem fornecer informação sobre cada domínio. Testes breves do estado mental mais invasivos podem ser úteis mas não ser sensíveis, particularmente para alterações modestas num único domínio ou nos indivíduos com elevadas capacidades pré-mórbidas, ou podem ter uma sensibilidade excessiva nos indivíduos com reduzidas capacidades pré-mórbidas.

Para diferenciar os vários subtipos etiológicos, podem ser utilizados outros marcadores de diagnóstico, sobretudo os exames neuroimagiológicos como a ressonância magnética e as tomografias de emissão de positrões. Além disso, podem ser utilizados marcadores específicos para a avaliação de determinados subtipos e estes podem tornar-se mais importantes à medida que se vão acumulando mais resultados das investigações realizadas, como é discutido nas secções correspondentes.

Consequências Funcionais das Perturbações Neurocognitivas Major ou Ligeira

Por definição, as PNC major ou ligeira afetam o funcionamento, uma vez que a cognição tem um papel fundamental na vida humana. Assim, os critérios de diagnóstico para as perturbações e o limiar para a diferenciação entre a PNC ligeira e a PNC major são em parte

baseados na avaliação do funcionamento. Dentro da PNC major existe um vasto leque de défices de funcionamento, tal como é consagrado nos especificadores de gravidade. Além disso, as funções específicas que se encontram comprometidas podem ajudar a identificar os domínios cognitivos que estão afetados, em particular quando os testes neuropsicológicos não estão disponíveis ou são difíceis de interpretar.

Diagnóstico Diferencial

Cognição normal. O diagnóstico diferencial entre a cognição normal e a PNC ligeira, tal como entre a PNC major e PNC ligeira, é desafiante porque os limites são inerentemente arbitrários. A realização de uma história clínica cuidadosa e a avaliação objetiva são fundamentais para essa distinção. Uma avaliação longitudinal em que se utilizam avaliações quantitativas pode ser fundamental para detetar a PNC ligeira.

Delirium. Tanto a PNC major como a PNC ligeira podem ser difíceis de distinguir de um *delirium* persistente, o qual pode coexistir. A avaliação cuidadosa da atenção e a da consciência irão ajudar na diferenciação.

Perturbação depressiva major. A distinção entre a PNC ligeira e a perturbação depressiva major, a qual pode coexistir com a PNC, também pode ser um desafio. Os padrões específicos dos défices cognitivos podem auxiliar na distinção. Por exemplo, défices mantidos na memória e nas funções executivas são típicos da doença de Alzheimer, enquanto na depressão major o desempenho é mais variável e inespecífico. Alternativamente, pode ser necessário para realizar o diagnóstico fazer o tratamento da perturbação depressiva e ir reavaliando repetidamente ao longo do tempo.

Perturbação específica da aprendizagem e outras perturbações do neurodesenvolvimento. O cuidadoso esclarecimento do nível prévio de funcionamento cognitivo do indivíduo irá ajudar a distinguir uma PNC de uma perturbação específica da aprendizagem ou de outras perturbações do neurodesenvolvimento. Existem outros aspetos que poderão ser tidos em conta para alguns subtipos etiológicos específicos, como é discutido nas secções correspondentes.

Comorbilidades

As PNC são comuns nos indivíduos mais velhos, e por isso coexistem frequentemente com uma grande variedade de doenças relacionadas com a idade que podem complicar o diagnóstico ou o tratamento. Dessas, a mais importante é o *delirium*, sendo o risco de o vir a desenvolver aumentado pelas PNC. Nos indivíduos mais velhos, o desenvolvimento de *delirium* durante um internamento hospitalar é, em muitos casos, a primeira vez em que se deteta uma PNC, embora uma história clínica cuidadosa com frequência revele a existência prévia de um declínio cognitivo. As PNC mistas são também comuns nos indivíduos mais velhos, uma vez que a prevalência de muitas entidades etiológicas aumenta com a idade. Em indivíduos mais jovens, as PNC com frequência coexistem com perturbações do neurodesenvolvimento; por exemplo, uma lesão cerebral traumática numa criança em idade pré-escolar pode também conduzir a dificuldades significativas no desenvolvimento e na aprendizagem. A comorbilidade adicional da PNC está com frequência relacionada com o subtipo etiológico, como é discutido nas secções correspondentes.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Alzheimer

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.

B. Existe um início insidioso e uma progressão gradual do défice num ou mais domínios cognitivos (para a perturbação neurocognitiva major, tem de haver défice em pelo menos 2 domínios).

C. Estão preenchidos os critérios para possível ou provável doença de Alzheimer apresentados de seguida:

Para perturbação neurocognitiva major:

É atribuído o diagnóstico de **doença de Alzheimer provável** se qualquer um dos seguintes estiver presente; caso contrário deve ser atribuído o diagnóstico de **doença de Alzheimer possível**.

1. Evidência pela história familiar ou por testes genéticos da existência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer.
2. Estão presentes todos os 3 seguintes:
   a. Clara evidência de declínio da memória e da aprendizagem e de pelo menos um outro domínio cognitivo (com base na história clínica pormenorizada ou em testes neuropsicológicos seriados).
   b. Declínio gradual, continuamente progressivo, da cognição, sem períodos estacionários prolongados.
   c. Não existe evidência de etiologia mista (isto é, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistémica que possa contribuir para o declínio cognitivo).

Para perturbação neurocognitiva ligeira:

É atribuído o diagnóstico de **doença de Alzheimer provável** se existe evidência pela história familiar ou por testes genéticos da existência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer.

É atribuído o diagnóstico de **doença de Alzheimer possível** se não existe evidência pela história familiar ou por testes genéticos da existência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, e se estiverem presentes todos os 3 seguintes:

1. Clara evidência de declínio da memória e da aprendizagem.
2. Declínio gradual, continuamente progressivo, da cognição, sem períodos estacionários prolongados.
3. Não existe evidência de etiologia mista (isto é, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistémica que possa contribuir para o declínio cognitivo).

D. A perturbação não é mais bem explicada por outra doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, os efeitos de uma substância ou outra perturbação mental, neurológica ou sistémica.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer provável, com perturbação do comportamento, codificar primeiro **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer. Na perturbação neurocognitiva devida a doença de Alzheimer provável, sem perturbação do comportamento, codificar primeiro **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer, seguido de **294.10**

(F02.80) perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, sem perturbação do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer possível, codificar **331.9 (G31.9)** perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer possível. (**Nota.** *Não* utilizar o código adicional para doença de Alzheimer. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Alzheimer, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota.** *Não* utilizar o código adicional para doença de Alzheimer. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

Além da síndrome de perturbação neurocognitiva (PNC) (Critério A), as características nucleares da PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer incluem um início insidioso e uma progressão gradual do declínio cognitivo e dos sintomas comportamentais (Critério B). A apresentação clínica típica é amnésica (isto é, com défice na memória e aprendizagem). Também existem, embora sejam raras, apresentações não amnésicas, especialmente as variantes visuospacial e afásica logopénica. Na fase de PNC ligeira, a doença de Alzheimer manifesta-se tipicamente com défice na memória e aprendizagem, por vezes acompanhada por défices nas funções executivas. Na fase de PNC major, a capacidade visuoconstrutiva/percetivomotora e a linguagem também apresentam défices, especialmente quando a PNC é moderada a grave. A cognição social tende a estar preservada até uma fase muito avançada da doença.

Deve ser especificado o nível de certeza sobre o diagnóstico indicando a doença de Alzheimer como etiologia «provável» ou «possível» (Critério C). É atribuído o diagnóstico de *doença de Alzheimer provável* quer para a PNC major quer para a PNC ligeira, se houver evidência da existência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, tanto através de testes genéticos como por uma história familiar autossómica dominante associada à confirmação por autópsia ou por um teste genético num familiar afetado pela doença. Na PNC major, uma apresentação clínica típica, sem períodos estacionários prolongados ou evidência de etiologia mista, também pode ser diagnosticada como sendo devida a doença de Alzheimer provável. Na PNC ligeira, dado o menor grau de certeza sobre a progressão dos défices, essas características apenas são suficientes para indicar como etiologia uma doença de Alzheimer *possível*. Se a etiologia aparenta ser mista, deverá ser atribuído o diagnóstico de PNC ligeira devida a múltiplas etiologias. Em todo o caso, tanto na PNC major como na PNC ligeira devidas à doença de Alzheimer, o quadro clínico não deve sugerir outra etiologia primária para a PNC (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Em contextos clínicos especializados, cerca de 80% dos indivíduos com PNC major devida a doença de Alzheimer apresentam manifestações comportamentais e psicológicas; estas características também são frequentes na fase de défice da PNC ligeira. Estes sintomas provocam tanta ou mais perturbação que as manifestações cognitivas e são com frequência o motivo da procura dos cuidados de saúde. Na fase de PNC ligeira ou no grau mais ligeiro de PNC major, a depressão e/ou a apatia são com frequência encontradas. Na PNC major moderadamente grave são comuns os sintomas psicóticos, a irritabilidade, a agitação, a agressividade

e a deambulação. Numa fase avançada da doença observam-se dificuldades na marcha, disfagia, incontinência, mioclonias e convulsões.

Prevalência

A prevalência global de demência (PNC major) aumenta progressivamente com a idade. Nos países de rendimentos elevados, a prevalência varia entre 5% e 10% na sétima década de vida, subindo para pelo menos 25% depois disso. Estimativas baseadas nos dados de censos dos EUA sugerem que cerca de 7% dos indivíduos a quem é atribuído o diagnóstico de doença de Alzheimer tem idades entre os 65 e os 74 anos, 53% dos indivíduos tem idades entre os 75 e os 84 anos e 40% tem 85 anos ou mais. A percentagem de demências atribuíveis à doença de Alzheimer varia entre cerca de 60% e mais de 90%, dependendo do contexto e dos critérios de diagnóstico. A PNC ligeira devida a doença de Alzheimer provavelmente representa também uma fração substancial dos défices cognitivos ligeiros (DCL).

Desenvolvimento e Curso

A PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer tem uma progressão gradual, por vezes com períodos estacionários breves, passando pela demência grave e até à morte. A duração média de vida após o diagnóstico é de cerca de 10 anos, refletindo a idade avançada da maioria dos indivíduos e não a evolução da doença; alguns indivíduos podem viver com a doença durante 20 anos. Indivíduos em fase avançada da doença podem estar eventualmente em mutismo e acamados. A morte por norma resulta de aspiração nos indivíduos que sobrevivem ao curso completo da doença. Na PNC ligeira devida a doença de Alzheimer, os défices aumentam ao longo do tempo e o nível de funcionamento apresenta um declínio gradual até os sintomas alcançarem o limiar para o diagnóstico de PNC major.

O início dos sintomas ocorre habitualmente durante a oitava e nona décadas de vida; as formas de início precoce que se encontram na quinta e sexta décadas de vida estão com frequência associadas a mutações genéticas causadoras de doença de Alzheimer. Os sintomas e a patologia não diferem significativamente nas diferentes idades de início. Contudo, os indivíduos mais jovens têm maior probabilidade de sobreviver à evolução completa da doença, enquanto os indivíduos mais idosos têm maior probabilidade de ter inúmeras comorbilidades médicas que afetam a evolução e a abordagem da doença. A complexidade diagnóstica é maior em adultos mais velhos devido à maior probabilidade de existência de comorbilidade com doenças médicas e de patologia mista.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A lesão cerebral traumática aumenta o risco de desenvolver PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer.

Genéticos e fisiológicos. A idade é o principal fator de risco para desenvolver doença de Alzheimer. O polimorfismo de suscetibilidade genética da apolipoproteína E4 aumenta o risco e diminui a idade de início, em especial em indivíduos homozigóticos. Existem também genes causadores de doença de Alzheimer extremamente raros. Os indivíduos com síndrome de Down (trissomia 21) desenvolvem doença de Alzheimer se sobreviverem até à meia-idade. Existem múltiplos fatores de risco vascular que influenciam o risco para desenvolver doença de Alzheimer e podem atuar aumentando a patologia cerebrovascular ou também através de efeitos diretos na patologia da doença de Alzheimer.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A deteção de uma PNC pode ser mais difícil em contextos culturais e socioeconómicos nos quais a perda de memória é considerada normal na velhice, em contextos nos quais os adultos mais velhos estão sujeitos a menores exigências cognitivas na vida diária ou em contextos onde os baixos níveis de escolaridade colocam maiores dificuldades à avaliação objetiva da cognição.

Marcadores de Diagnóstico

A atrofia cortical, as placas senis com predomínio de amiloide e os novelos neurofibrilares com predomínio de proteína tau são a marca do diagnóstico patológico da doença de Alzheimer e podem ser confirmados no exame histopatológico na autópsia. Nos casos de início precoce com hereditariedade autossómica dominante, pode existir uma mutação genética num dos genes que se sabe serem causadores de doença de Alzheimer – proteína precursora do amiloide (PPA), presenilina 1 (PSEN1) ou presenilina 2 (PSEN2) – e os testes genéticos para essas mutações encontram-se disponíveis comercialmente, pelo menos para a PSEN1. A apolipoproteína E4 não pode servir como um marcador de diagnóstico porque esta é apenas um fator de risco e não é necessária nem suficiente para a ocorrência da doença de Alzheimer.

Uma vez que a deposição de amiloide beta-42 no cérebro ocorre numa fase inicial da cascata fisiopatológica, os testes de diagnóstico baseados no amiloide, tais como as imagens do amiloide na tomografia de emissão de positrões cerebral (PET) e os níveis reduzidos de amiloide beta-42 no líquido cefalorraquidiano (LCR) podem ter valor diagnóstico. Os sinais de lesão neuronal, tais como a atrofia do hipocampo ou a atrofia cortical temporoparietal em imagens de ressonância magnética, o hipometabolismo temporoparietal na PET com fluorodeoxiglicose, e a evidência da existência de níveis elevados de proteína tau total e de proteína tau fosforilada no LCR comprovam a existência de lesão neuronal, mas são menos específicos para a doença de Alzheimer. Atualmente, estes biomarcadores não se encontram totalmente validados, e muitos deles apenas se encontram disponíveis em centros de cuidados terciários de saúde. Contudo, alguns destes biomarcadores, juntamente com novos biomarcadores, irão provavelmente ser utilizados de forma mais alargada nos próximos anos na prática clínica.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida à Doença de Alzheimer

A proeminência da perda de memória pode causar dificuldades significativas numa fase relativamente precoce da evolução da doença. A cognição social (e portanto o funcionamento social) e a memória processual (por exemplo, dançar, tocar um instrumento musical) podem estar relativamente preservadas durante longos períodos de tempo.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações neurocognitivas. As PNC major ou ligeira devidas a outro processo neurodegenerativo (por exemplo, doença dos corpos de Lewy, degeneração lobar frontotemporal) partilham o início insidioso e o declínio progressivo causado pela doença de Alzheimer, mas têm características próprias distintas. Na PNC vascular major ou ligeira, existe em geral uma história de acidente vascular cerebral com relação temporal com o início do défice cognitivo e os enfartes ou hiperintensidades da substância branca são considerados suficientes

para serem responsáveis pelo quadro clínico. Contudo, em especial quando não existe uma história clara de declínio progressivo, a PNC vascular major ou ligeira pode ter muitas características clínicas em comum com a doença de Alzheimer.

Outras doenças neurológicas ou sistémicas ativas concomitantes. Deve ser considerada a existência de outras doenças neurológicas ou sistémicas se existir uma relação temporal e um nível de gravidade adequados para justificar o quadro clínico. Ao nível da PNC ligeira pode ser difícil distinguir a etiologia por doença de Alzheimer da etiologia por outra doença médica (por exemplo, doenças da tiroide, défice de vitamina B_{12}).

Perturbação depressiva major. Particularmente a nível da PNC ligeira, o diagnóstico diferencial também inclui a depressão major. A presença de depressão pode estar associada a uma diminuição no funcionamento diário e a dificuldades de concentração que pode assemelhar-se a uma PNC, mas a melhoria do quadro com o tratamento para a depressão pode ser útil para fazer a distinção.

Comorbilidades

A maioria dos indivíduos com doença de Alzheimer é idosa e tem múltiplas doenças médicas que podem dificultar o diagnóstico e influenciar a evolução clínica. A PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer com frequência coexiste com a doença cerebrovascular, a qual contribui para a apresentação clínica. Quando uma condição comórbida contribui para a PNC num indivíduo com doença de Alzheimer, então deve ser atribuído o diagnóstico de PNC devida a múltiplas etiologias.

Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal Major ou Ligeira

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. A perturbação tem um início insidioso e uma progressão gradual.
C. Está presente (1) ou (2):
   1. Variante comportamental:
      a. Estão presentes 3 ou mais dos seguintes sintomas comportamentais:
         i. Desinibição comportamental;
         ii. Apatia ou inércia;
         iii. Falta de simpatia ou empatia;
         iv. Comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ritualizado;
         v. Hiperoralidade e alterações na dieta.
      b. Declínio proeminente na cognição social e/ou nas capacidades executivas.
   2. Variante de linguagem:
      a. Declínio proeminente na capacidade de linguagem, sob a forma de produção de discurso, escolha de palavras, nomeação de objetos, gramática ou compreensão de palavras.
D. A aprendizagem e memória e a função percetivomotora estão relativamente preservadas.
E. A perturbação não é mais bem explicada por uma doença cerebrovascular, por outra doença neurodegenerativa, pelos efeitos de uma substância ou por outra perturbação mental, neurológica ou sistémica.

É atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva frontotemporal provável** se qualquer um dos seguintes estiver presente; caso contrário deve ser atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva frontotemporal possível:**

1. Evidência pela história familiar ou por testes genéticos da existência de uma mutação genética causadora de perturbação neurocognitiva frontotemporal.
2. Existe evidência nos exames de imagiologia neurológica de uma atrofia cortical do lobo frontal e/ou temporal desproporcionada.

É atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva frontotemporal possível** se não existir evidência de uma mutação genética e se não tiver sido realizado nenhum exame de imagiologia neurológica.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a degeneração lobar frontotemporal provável, com perturbação do comportamento, codificar primeiro **331.19 (G31.09)** doença frontotemporal, seguido de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major devida a degeneração lobar frontotemporal provável. Na perturbação neurocognitiva major devida a degeneração lobar frontotemporal provável, sem perturbação do comportamento, codificar primeiro **331.19 (G31.09)** doença frontotemporal, seguido de **294.10 (F02.80)** perturbação neurocognitiva major devida a degeneração lobar frontotemporal provável, sem perturbação do comportamento. Na perturbação neurocognitiva major devida a degeneração lobar frontotemporal possível, codificar **331.9 (G31.9)** perturbação neurocognitiva major devida a degeneração lobar frontotemporal possível. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença frontotemporal. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.) Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a degeneração lobar frontotemporal, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença frontotemporal. A perturbação do comportamento não pode ser codificada mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo).

Características de Diagnóstico

A perturbação neurocognitiva (PNC) frontotemporal major ou ligeira inclui várias variantes sindromáticas que são caracterizadas pelo desenvolvimento progressivo de alterações do comportamento e da personalidade e/ou défices na linguagem. A variante de comportamento e as três variantes de linguagem (semântica, não fluente/agramática e logopénica) exibem padrões distintos de atrofia cerebral e alguma neuropatologia distintiva. Para se fazer o diagnóstico é necessário que estejam preenchidos os critérios de diagnóstico para a variante comportamental ou para a variante de linguagem, mas muitos indivíduos apresentam características de ambas as variantes.

Os indivíduos com PNC frontotemporal major ou ligeira com a variante comportamental apresentam graus variáveis de apatia ou desinibição. Estes indivíduos podem perder o interesse em socializar, em cuidar de si próprios e nas responsabilidades pessoais, ou podem apresentar comportamentos socialmente desadequados. O juízo crítico está em geral reduzido e isso com frequência atrasa a procura de ajuda médica. A primeira referenciação é com frequência feita para um psiquiatra. Os indivíduos podem desenvolver alterações no estilo social e nas crenças religiosas e políticas, com comportamentos repetitivos, acumulação, alterações no comportamento alimentar e hiperoralidade. Nas fases mais avançadas da doença pode ocorrer perda de controlo dos esfíncteres. O declínio cognitivo é menos proeminente e os testes formais podem revelar relativamente poucos défices nas fases iniciais da

doença. São sintomas neurocognitivos comuns a falta de planeamento e organização, a distratibilidade e a perda do juízo crítico. Estão presentes défices nas funções executivas, tais como um fraco desempenho nos testes de flexibilidade mental, de raciocínio abstrato e de inibição de resposta, mas a aprendizagem e a memória estão relativamente preservadas, e as capacidades perceptivomotoras estão quase sempre preservadas nas fases iniciais da doença.

Os indivíduos com PNC frontotemporal major ou ligeira com variante de linguagem apresentam afasia progressiva primária com início gradual, com 3 subtipos com frequência descritos: variante semântica, variante não fluente/agramática e variante logopénica, cada uma das quais com características distintas e neuropatologia correspondente.

A PNC frontotemporal «provável» é distinguida da «possível» pela presença de fatores genéticos causadores (por exemplo, mutações no gene que codifica a proteína tau associada aos microtúbulos) ou pela presença de atrofia característica ou de redução da atividade nas regiões frontotemporais nos exames imagiológicos estruturais ou funcionais.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As características extrapiramidais podem ser proeminentes nalguns casos, com sobreposição com síndromes, tais como a paralisia supranuclear progressiva e a degeneração corticobasal. Nalguns casos podem estar presentes características de doença do neurónio motor (por exemplo, atrofia muscular, fraqueza). Um subgrupo de indivíduos desenvolve alucinações visuais.

Prevalência

A PNC frontotemporal major ou ligeira é uma causa frequente de PNC de início precoce em indivíduos com idade inferior a 65 anos. A prevalência desta perturbação na população geral é estimada em 2-10 indivíduos por 100 000. Cerca de 20%-25% dos casos de PNC frontotemporal ocorre em indivíduos com mais de 65 anos. A PNC frontotemporal é responsável por cerca de 5% de todos os casos com demência em séries de autópsias não selecionadas. A prevalência estimada da variante comportamental e da variante de linguagem semântica é superior no sexo masculino, e a prevalência estimada de prevalência da variante de linguagem não fluente é superior no sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Os indivíduos com PNC frontotemporal major ou ligeira em geral encontram-se na sexta década de vida, embora a idade de início possa variar entre a terceira e a nona décadas de vida. A doença é gradualmente progressiva, com uma sobrevivência média de 6-11 anos após o início dos sintomas e de 3-4 anos após o diagnóstico. A sobrevivência é menor e o declínio é mais rápido na PNC frontotemporal major ou ligeira do que na doença de Alzheimer típica.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Cerca de 40% dos indivíduos com PNC frontotemporal major ou ligeira têm história familiar de PNC de início precoce, e cerca de 10% apresentam um padrão de hereditariedade autossómica dominante. Têm sido identificados vários fatores genéticos, tais como mutações no gene que codifica a proteína tau associada aos microtúbulos (PTAM), no gene da granulina (GGR) e no gene C9ORF72. Têm sido identificadas várias famílias

com mutações genéticas causadoras (ver a secção «Marcadores de Diagnóstico» para esta perturbação), mas muitos indivíduos com uma transmissão familiar conhecida não têm uma mutação conhecida. A existência de doença do neurónio motor está associada a uma deterioração mais rápida.

Marcadores de Diagnóstico

A tomografia computorizada (TC) ou a ressonância magnética nuclear (RMN) podem mostrar padrões distintos de atrofia. Na variante comportamental da PNC frontotemporal major ou ligeira, ambos os lobos frontais (em especial os lobos frontais na região medial) e os lobos temporais anteriores estão atrofiados. Na variante de linguagem semântica da PNC frontotemporal major ou ligeira, os lobos temporais médio, inferior e anterior encontram-se atrofiados bilateralmente, mas de forma assimétrica, sendo o lado esquerdo em geral o mais afetado. A variante de linguagem não fluente da PNC frontotemporal major ou ligeira está associada predominantemente a atrofia frontal-insular posterior esquerda. A variante de linguagem logopénica da PNC frontotemporal major ou ligeira está associada predominantemente a atrofia parietal ou perissílvica posterior esquerda. Os exames imagiológicos funcionais mostram a existência de hipoperfusão e/ou hipometabolismo cortical nas regiões cerebrais correspondentes, que podem estar presentes nas fases iniciais da perturbação na ausência de alterações estruturais. O aparecimento de biomarcadores para a doença de Alzheimer (por exemplo, níveis de proteína tau e de beta-amiloide no líquido cefalorraquidiano, e exames imagiológicos de amiloide) podem auxiliar no diagnóstico diferencial, mas a distinção da doença de Alzheimer pode ainda permanecer difícil (a variante logopénica é de facto, com frequência, uma manifestação da doença de Alzheimer).

Nos casos familiares de PNC frontotemporal, a identificação de mutações genéticas pode ajudar a confirmar o diagnóstico. As mutações associadas à PNC frontotemporal incluem os genes que codificam a proteína tau associada aos microtúbulos (PTAM) e a granulina (GGR), C9ORF72, proteína de ligação a DNA de resposta transativa de 43 kDa (TDP-43 ou TARDBP), proteína que contém valosina (PCV), proteína 2B modificadora da cromatina (CHMP2B) e proteína de fusão do sarcoma (FUS).

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal Major ou Ligeira

Devido à idade de início relativamente precoce da perturbação, esta afeta frequentemente a vida laboral e familiar. Devido ao envolvimento da linguagem e/ou do comportamento, o funcionamento está muitas vezes mais gravemente afetado em fases relativamente iniciais da evolução da perturbação. Nos indivíduos com a variante comportamental, podem já existir, ainda antes de se realizar o diagnóstico, conflitos familiares importantes, problemas legais e problemas no local de trabalho devidos a comportamentos socialmente desadequados. O défice no funcionamento devido à alteração do comportamento e à disfunção da linguagem, que podem incluir hiperoralidade, deambulação impulsiva e outros comportamentos desinibidos, pode exceder de longe o défice no funcionamento devido à perturbação cognitiva e levar à colocação do doente numa casa de repouso ou à sua institucionalização. Estes comportamentos podem ser gravemente disruptivos, mesmo em locais de prestação de cuidados estruturados, em especial quando os indivíduos estão de resto saudáveis, sem fragilidades e sem outras comorbilidades médicas.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações neurocognitivas. As outras doenças neurodegenerativas podem ser distinguidas da PNC frontotemporal major ou ligeira pelas suas características específicas. Na PNC major ou ligeira devida à doença de Alzheimer, o declínio na aprendizagem e memória é uma característica precoce. Contudo, em 10%-30% dos doentes que apresentam uma síndrome sugestiva de PNC frontotemporal major ou ligeira é descoberto durante a autópsia que têm patologia de doença de Alzheimer. Este facto ocorre com mais frequência em indivíduos que apresentam síndromes disexecutivas progressivas na ausência de alterações do comportamento ou perturbações do movimento ou naqueles com a variante logopénica.

Na PNC major ou ligeira com corpos de Lewy, as características nucleares e sugestivas da existência de corpos de Lewy devem estar presentes. Na PNC major ou ligeira devida a doença de Parkinson, o parkinsonismo espontâneo surge bastante antes do declínio cognitivo. Na PNC vascular major ou ligeira, dependendo das regiões cerebrais afetadas, podem existir também perda da capacidade executiva e alterações do comportamento, tais como apatia, devendo esta perturbação ser considerada para o diagnóstico diferencial. Contudo, na PNC vascular major ou ligeira existe uma relação temporal entre a existência de um acidente vascular cerebral e o início do défice cognitivo, e os exames de imagiologia neurológica revelam enfartes ou lesões na substância branca que são suficientes para explicar o quadro clínico.

Outras doenças neurológicas. A PNC frontotemporal major ou ligeira sobrepõe-se à paralisia supranuclear progressiva, à degeneração corticobasal e à doença do neurónio motor, tanto clinicamente como em termos patológicos. A paralisia supranuclear progressiva é caracterizada por paralisia supranuclear do olhar e parkinsonismo de predomínio axial. Podem estar presentes sinais pseudobulbares e a retropulsão é com frequência proeminente. A avaliação neurocognitiva revela lentificação psicomotora, défices na memória de trabalho e disfunção executiva. A degeneração corticobasal manifesta-se por rigidez assimétrica, apraxia dos membros, instabilidade postural, mioclonias, fenómeno da mão alienígena e perda sensorial cortical. Muitos indivíduos com a variante comportamental da PNC frontotemporal major ou ligeira manifestam características da doença do neurónio motor, as quais tendem a ser um misto de doença do neurónio motor superior e sobretudo de doença do neurónio motor inferior.

Outras perturbações mentais e condições médicas. A variante comportamental da PNC frontotemporal major ou ligeira pode ser confundida com uma perturbação mental primária, tal como depressão major, perturbações bipolares ou esquizofrenia, e os indivíduos com esta variante muitas vezes dirigem-se inicialmente à psiquiatria. Ao longo do tempo, o desenvolvimento de dificuldades neurocognitivas progressivas irá auxiliar a fazer a distinção. Uma avaliação médica cuidadosa irá ajudar a excluir causas de PNC que podem ser tratadas, tais como alterações metabólicas, deficiências nutricionais e infeções.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira com Corpos de Lewy

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.

B. A perturbação tem um início insidioso e uma progressão gradual.

C. A perturbação preenche a combinação necessária de características de diagnóstico nucleares e de características de diagnóstico sugestivas para uma perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy provável ou possível.

Para o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy provável,** o indivíduo apresenta duas características de diagnóstico nucleares ou uma característica de diagnóstico sugestiva e uma ou mais características de diagnóstico nucleares.

Para o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy possível,** o indivíduo apresenta apenas uma característica de dianóstico nuclear ou uma ou mais características sugestivas.

1. Características de diagnóstico nucleares:
   a. Flutuações da cognição com variações acentuadas na atenção e vigília.
   b. Alucinações visuais recorrentes que são bem formadas e pormenorizadas.
   c. Características espontâneas de parkinsonismo, com início posterior ao desenvolvimento do declínio cognitivo.
2. Características de diagnóstico sugestivas:
   a. Estão preenchidos os critérios para perturbação de comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM).
   b. Sensibilidade grave aos neurolépticos.

D. A perturbação não é mais bem explicada por uma doença cerebrovascular, por outra doença neurodegenerativa, pelos efeitos de uma substância ou por outra perturbação mental, neurológica ou sistémica.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major com corpos de Lewy provável, com perturbação do comportamento, codificar primeiro **331.82 (G31.83)** doença de corpos de Lewy, seguido de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major com corpos de Lewy provável, com perturbação do comportamento. Na perturbação neurocognitiva major com corpos de Lewy provável, sem perturbação do comportamento, codificar primeiro **331.82 (G31.83)** doença de corpos de Lewy, seguido de **294.10 (F02.80)** perturbação neurocognitiva major com corpos de Lewy provável, sem perturbação do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva major com corpos de Lewy possível, codificar **331.9 (G31.9)** perturbação neurocognitiva major com corpos de Lewy possível. (**Nota.** *Não* utilizar o código adicional para doença de corpos de Lewy. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo).

Na perturbação neurocognitiva ligeira com corpos de Lewy, codificar **331.83 (G31.84).** (**Nota.** *Não* utilizar o código adicional para doença de corpos de Lewy. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo).

Características de Diagnóstico

A perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy (PNCCL), no caso da perturbação neurocognitiva major (PNC), corresponde à condição conhecida como demência com corpos de Lewy. A perturbação inclui não só o défice cognitivo progressivo (com alterações precoces na atenção complexa e nas funções executivas em vez de na aprendizagem e memória), mas também alucinações visuais complexas recorrentes; e sintomas concomitantes de perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM) (os quais podem ser uma manifestação muito precoce da perturbação); bem como alucinações noutras modalidades sensoriais, depressão e delírios. Os sintomas

flutuam segundo um padrão que pode ser semelhante ao de um *delirium*, mas não se consegue encontrar nenhuma causa subjacente adequada. A apresentação variável dos sintomas de PNCCL diminui a probabilidade de se observar a totalidade dos sintomas numa única observação clínica breve e requer uma avaliação minuciosa das observações feitas pelo cuidador. A utilização de escalas de avaliação especificamente desenhadas para avaliar as fiutuações pode auxiliar no diagnóstico. Outra característica nuclear é o parkinsonismo espontâneo, que deve ter início depois do início do declínio cognitivo; por convenção, os défices cognitivos major são observados pelo menos um ano antes dos sintomas motores. O parkinsonismo deve também ser distinguido dos sinais extrapiramidais induzidos pelos antipsicóticos. O diagnóstico exato é essencial para planear um tratámento seguro, uma vez que até 50% dos indivíduos com PNCCL apresentam uma sensibilidade grave aos neurolépticos, os quais devem ser utilizados com extrema cautela no tratamento dos sintomas psicóticos.

O diagnóstico de PNCCL ligeira é adequado para os indivíduos que apresentam as características de diagnóstico nucleares ou sugestivas numa fase em que os défices cognitivos ou funcionais ainda não apresentam gravidade suficiente para preencher os critérios de diagnóstico para PNC major. Contudo, tal como para todas as PNC ligeiras, a evidência existente será muitas vezes insuficiente para justificar uma única etiologia, sendo mais apropriada a utilização do diagnóstico não especificado.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com PNCCL sofrem frequentemente quedas repetidas e síncopes e episódios transitórios inexplicados de perda de consciência. Pode ocorrer disfunção autonómica, tal como hipotensão ortostática e incontinência urinária. As alucinações auditivas e outras alucinações não visuais são comuns, bem como os delírios sistematizados, os falsos reconhecimentos delirantes e a depressão.

Prevalência

As poucas estimativas disponíveis sobre prevalência de PNCCL variam entre 0,1% e 5% para a população idosa geral, e entre 1,7% e 30,5% para a totalidade dos casos de demência. Em séries de bancos de cérebros (de autópsias), as lesões histopatológicas conhecidas como corpos de Lewy encontram-se presentes em 20%-35% dos casos de demência. A proporção sexo masculino-sexo feminino é de aproximadamente 1,5:1.

Desenvolvimento e Curso

A PNCCL é uma perturbação gradualmente progressiva com início insidioso. Contudo, existe com frequência uma história prodrómica de episódios confusionais (*delirium*) de início agudo, muitas vezes precipitados por doenças ou cirurgias. A distinção entre a PNCCL, na qual os corpos de Lewy se encontram principalmente localizados no córtex cerebral, e a PNC major ou ligeira devida a doença de Parkinson, na qual a patologia é sobretudo nos gânglios basais, é feita com base na ordem pela qual surgem os sintomas cognitivos e motores. Na PNCCL, o declínio cognitivo manifesta-se numa fase inicial da doença, pelo menos um ano antes do início dos sintomas motores (ver a secção «Diagnóstico Diferencial» desta perturbação). A evolução da doença pode ser caracterizada por períodos estacionários ocasionais mas pode eventualmente progredir para demência grave e morte. A duração média de sobrevivência nas séries clínicas é de 5-7 anos. O início dos sintomas em geral surge entre

a sexta e a nona décadas de vida, ocorrendo o início da maioria dos casos quando os indivíduos afetados se encontram nos meados da oitava década de vida.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Pode ocorrer agregação familiar, e já foram identificados vários genes de risco, mas na maioria dos casos de PNCCL não existe história familiar.

Marcadores de Diagnóstico

A doença neurodegenerativa subjacente é sobretudo uma sinucleínopatia devida a alterações na conformação e agregação da alfa-sinucleína. Pode ser necessário utilizar, para além de um instrumento de rastreio breve, outros testes cognitivos adicionais para definir os défices com exatidão. As escalas de avaliação desenvolvidas para avaliar as flutuações podem ser úteis. A perturbação do comportamento do sono REM associada pode ser diagnosticada através de um estudo formal do sono ou identificada questionando o doente ou o informador sobre os sintomas relevantes. A sensibilidade aos neurolépticos (desafio) não é recomendada como marcador de diagnóstico, mas aumenta a suspeita para PNCCL. Uma característica sugestiva do diagnóstico é a reduzida captação do transportador de dopamina no estriado na tomografia computorizada por emissão de fotão único (SPECT) ou na tomografia de emissão de positrões (PET). Outros marcadores de diagnóstico com utilidade clínica podem incluir a relativa preservação das estruturas temporais medianas na tomografia computorizada (TC)/ressonância magnética nuclear (RMN); a redução da captação do transportador de dopamina no estriado no SPECT/PET *scan*; baixa captação generalizada nos exames de perfusão de SPECT/PET *scan* de perfusão com atividade occipital reduzida; cintigrafia miocárdica com MIBG alterada (baixa captação) sugestiva da inexistência de inervação simpática; e atividade de ondas lentas proeminente no eletroencefalograma com ondas transitórias do lobo temporal.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira com Corpos de Lewy

Os indivíduos com PNCCL apresentam maiores défices no funcionamento do que aqueles que seriam esperados para os seus défices cognitivos quando comparados com indivíduos com outras doenças neurodegenerativas, tal como a doença de Alzheimer. Isso é em grande medida resultado dos défices motores e autonómicos, que causam problemas na higiene, na mobilização e na alimentação. As perturbações do sono e os sintomas psiquiátricos significativos podem também agravar as dificuldades no funcionamento. Por consequência, a qualidade de vida de indivíduos com PNCCL é muitas vezes significativamente pior do que a qualidade de vida de indivíduos com doença de Alzheimer.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Parkinson. Uma característica essencial para distinção no diagnóstico clínico é a sequência temporal na qual surge o parkinsonismo e a PNC. Na PNC devida a doença de Parkinson, o indivíduo desenvolve o declínio cognitivo no contexto de uma doença de Parkinson já estabelecida; por convenção, o declínio não deve alcançar o nível de PNC major antes de ter passado pelo menos um ano após o diagnóstico de doença de Parkinson. Se tiver passado menos de 1 ano desde o início

dos sintomas motores, o diagnóstico apropriado é PNCCL. Esta distinção é mais clara ao nível da PNC major do que ao nível da PNC ligeira.

A determinação do momento e da sequência temporal do aparecimento do parkinsonismo e da PNC ligeira pode ser mais difícil porque o início e a apresentação clínica podem ser ambíguos, devendo ser diagnosticada PNC ligeira não especificada se não estiverem presentes outras características de diagnóstico essenciais ou sugestivas do diagnóstico.

Comorbilidades

A patologia dos corpos de Lewy coexiste com frequência com a patologia da doença de Alzheimer e da doença cerebrovascular, sobretudo nos grupos etários mais idosos. Na doença de Alzheimer, existe patologia de sinucleína concomitante em 60% dos casos (se forem incluídos os casos limitados à amígdala). Em geral, existe uma taxa mais elevada de patologia de corpos de Lewy em indivíduos com demência do que em indivíduos mais velhos sem demência.

Perturbação Neurocognitiva Vascular Major ou Ligeira

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. As características clínicas são compatíveis com uma etiologia vascular, como sugerido por um dos seguintes:
   1. Existe uma relação temporal entre o início dos défices cognitivos e um ou mais eventos cerebrovasculares.
   2. A evidência existente do declínio é mais proeminente na atenção complexa (incluindo a velocidade de processamento) e nas funções executivas frontais.
C. Existe evidência, pela história clínica, pelo exame físico e/ou pelos exames imagiológicos neurológica, da presença de doença cerebrovascular que é considerada suficiente para ser responsável pelos défices neurocognitivos.
D. Os sintomas não são mais bem explicados por outra doença cerebral ou perturbação sistémica.

É atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva vascular provável** se qualquer um dos seguintes estiver presente; caso contrário deve ser atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva vascular possível**.

1. Os critérios clínicos são apoiados pela evidência em exames imagiológicos de lesão significativa no parênquima que é atribuível a doença cerebrovascular (apoiada pelos exames de imagiologia neurológica).
2. Existe uma relação temporal entre a síndrome neurocognitiva e um ou mais eventos cerebrovasculares documentados.
3. Existe evidência clínica e genética de doença cerebrovascular (por exemplo, arteriopatia cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia).

É atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva vascular possível** quando estão preenchidos os critérios clínicos mas não estão disponíveis exames imagiológicos e não está estabelecida uma relação temporal entre a síndrome neurocognitiva e um ou mais eventos cerebrovasculares.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva vascular major provável, com perturbação do comportamento, codificar **290.40 (F01.51)**. Na perturbação neurocognitiva vascular major provável, sem perturbação do comportamento, codificar **290.40 (F01.50)**. Na perturbação neurocognitiva vascular major possível, com ou sem perturbação do comportamento, codificar **331.9 (G31.9)**. Não é necessário utilizar um código médico adicional para doença cerebrovascular.
Na perturbação neurocognitiva vascular ligeira, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença cerebrovascular. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

Para se fazer o diagnóstico de perturbação neurocognitiva (PNC) vascular major ou ligeira é necessário que esteja estabelecida a existência de uma PNC (Critério A) e que esteja determinado que a doença cerebrovascular é a patologia dominante, senão exclusiva, que é responsável pelos défices cognitivos (Critérios B e C). A etiologia vascular pode ir desde um acidente vascular cerebral num grande vaso até à doença microvascular; a apresentação clínica é por isso muito heterogénea, variando de acordo com os tipos de lesão vascular, bem como com a sua extensão e localização. As lesões podem ser focais, multifocais ou difusas e ocorrerem em várias combinações.

Muitos indivíduos com PNC vascular major ou ligeira apresentam múltiplos enfartes, com um declínio agudo progressivo ou flutuante da cognição, e com períodos intermédios de estabilidade ou mesmo de alguma melhoria. Outros indivíduos podem ter um início gradual com uma progressão lenta, um rápido desenvolvimento de défices seguido de uma relativa estabilidade, ou outra apresentação complexa. A PNC vascular major ou ligeira com início gradual e progressão lenta é em geral devida a doença dos pequenos vasos, conduzindo a lesões na substância branca, gânglios basais e/ou tálamo. A progressão gradual nesses casos é frequentemente pontuada por eventos agudos que deixam défices neurológicos discretos. Os défices cognitivos nesses casos podem ser atribuídos à disrupção dos circuitos corticais-subcorticais e é provável que a atenção complexa, particularmente a velocidade de processamento de informação, e a capacidade executiva se encontrem afetadas.

A avaliação da presença de doença cerebrovascular suficiente é feita com base na história clínica, exame físico e/ou exames imagiológicos (Critério C). Para se ter a certeza sobre a etiologia é necessária a presença de alterações nos exames imagiológicos. A ausência de exames de imagiologia neurológica pode resultar numa imprecisão diagnóstica significativa por negligenciar enfartes cerebrais «silenciosos» e lesões da substância branca. Contudo, se for estabelecida uma relação temporal entre o défice neurocognitivo e um ou mais acidentes vasculares cerebrais bem documentados, pode ser feito um diagnóstico provável na ausência de exames imagiológicos. A evidência clínica de doença cerebrovascular inclui história documentada de acidente vascular cerebral, com declínio cognitivo temporalmente relacionado com o evento, ou sinais físicos compatíveis com um acidente vascular cerebral (por exemplo, hemiparesia; síndrome pseudobulbar, defeito de campo visual). A evidência de doença cerebrovascular nos exames de imagiologia neurológica (ressonância magnética nuclear [RMN] ou tomografia computorizada [TC]) inclui pelo menos um dos seguintes: enfartes ou hemorragias de um ou mais grandes vasos, um enfarte único ou hemorragia estrategicamente localizada (por exemplo, no giro angular, tálamo ou prosencéfalo basal), dois ou mais enfartes lacunares fora do tronco cerebral ou lesões da substância branca

extensas e confluentes. Estas últimas são muitas vezes designadas nas avaliações clínicas dos exames de imagiologia neurológica como *doença de pequenos vasos* ou *alterações isquémicas subcorticais.*

Na PNC vascular ligeira, a história de um acidente vascular único ou de doença extensa da substância branca é em geral suficiente. Na PNC vascular major, é em geral necessária uma história de dois ou mais acidentes vasculares cerebrais, de um acidente vascular cerebral estrategicamente localizado ou uma combinação de doença da substância branca e de uma ou mais lacunas.

A perturbação não deve ser mais bem explicada por outra perturbação. Por exemplo, um défice de memória significativo numa fase inicial da doença pode ser sugestiva de doença de Alzheimer, as características parkinsónicas precoces e marcadas podem ser sugestivas de doença de Parkinson e uma relação próxima entre o início e a depressão pode ser sugestiva de uma depressão.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Uma avaliação neurológica revela com frequência a existência de uma história de acidente vascular cerebral e/ou de acidentes isquémicos transitórios e sinais indicadores de enfartes cerebrais. Também se encontram com frequência associadas alterações da personalidade e do humor, abulia, depressão e labilidade emocional. O desenvolvimento de sintomas depressivos de início tardio acompanhados de lentificação psicomotora e de disfunção executiva é uma forma de apresentação comum nos adultos mais idosos com doença isquémica de pequenos vasos progressiva («depressão vascular»).

Prevalência

A PNC vascular major ou ligeira é a segunda causa mais frequente de PNC a seguir à doença de Alzheimer. Nos EUA, as estimativas de prevalência da demência vascular na população variam de 0,2% no grupo etário dos 65-70 anos até 16% em indivíduos com 80 anos ou mais. Nos 3 meses após um acidente vascular cerebral, o diagnóstico de demência é atribuído a 20%-30% dos indivíduos. Nas séries neuropatológicas, a prevalência de demência vascular aumenta de 13% aos 70 anos para 44,6% aos 90 anos ou mais, em comparação com a doença de Alzheimer (23,6%-51%) e com uma combinação de demência vascular e de doença de Alzheimer (2%-46,4%). Têm sido referidos valores de prevalência mais elevados nos afro-americanos em comparação com os caucasianos e nos países da Ásia de leste (por exemplo, Japão, China). A prevalência é superior no sexo masculino.

Desenvolvimento e Curso

A PNC vascular major ou ligeira pode ocorrer em qualquer idade, embora a prevalência aumente exponencialmente depois dos 65 anos de idade. Nos indivíduos mais idosos, outras patologias concomitantes podem ser parcialmente responsáveis pelos défices neurocognitivos. A evolução pode variar desde um início agudo com melhoria parcial até um declínio por surtos ou um declínio progressivo, com flutuações e períodos estacionários de duração variável. A PNC vascular major ou ligeira subcortical pura pode ter uma evolução lentamente progressiva que simula a PNC major ou ligeira devida à doença de Alzheimer.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. As consequências neurocognitivas da lesão cereral vascular são influenciadas por fatores de neuroplasticidade, tais como a educação, o exercício físico e a atividade mental.

Genéticos e fisiológicos. Os principais fatores de risco para a PNC vascular major ou ligeira são os mesmos da doença cerebrovascular, incluindo hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, obesidade, níveis elevados de colesterol, níveis elevados de homocisteína, outros fatores de risco para aterosclerose, fibrilação auricular e outras doenças, que aumentam o risco de formação de êmbolos cerebrais. A angiopatia amiloide cerebral é um fator de risco importante, no qual se encontram depósitos de amiloide no interior dos vasos arteriais. Outro fator de risco essencial é a doença hereditária arteriopatia cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia ou CADASIL.

Marcadores de Diagnóstico

A imagiologia neurológica estrutural, utilizando RMN ou TC, tem um papel importante no processo de diagnóstico. Não existem outros biomarcadores definidos para PNC vascular major ou ligeira.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Vascular Major ou Ligeira

A PNC vascular major ou ligeira está com frequência associada a défices físicos que causam uma incapacidade adicional.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações neurocognitivas. Uma vez que os achados incidentais de enfartes cerebrais e as lesões da substância branca são comuns em indivíduos mais velhos, é importante considerar outras etiologias possíveis quando está presente uma PNC. Uma história de défice de memória numa fase inicial da doença e o agravamento progressivo da memória, linguagem, funções executivas e capacidades percetivomotoras na ausência de uma lesão focal correspondente nos exames imagiológicos são sugestivos de doença de Alzheimer como diagnóstico primário. Os potenciais biomarcadores que atualmente se encontram em processo de validação para a doença de Alzheimer, tais como os níveis de beta-amiloide e de proteína tau fosforilada no líquido cefalorraquidiano, e os exames imagiológicos de amiloide, podem vir a ser úteis no diagnóstico diferencial. A PNC com corpos de Lewy distingue-se da PNC vascular major ou ligeira pelas suas características nucleares de flutuação da cognição, alucinações visuais e parkinsonismo espontâneo. Enquanto os défices nas funções executivas e na linguagem ocorrem na PNC vascular major ou ligeira, o início insidioso e a progressão gradual das características comportamentais ou dos défices de linguagem são característicos da PNC frontotemporal e não são típicos de uma etiologia vascular.

Outras condições médicas. O diagnóstico de PNC vascular major ou ligeira não é realizado se estiverem presentes outras doenças (por exemplo, tumor cerebral, esclerose múltipla, encefalite, alterações tóxicas ou metabólicas) e se estas forem consideradas suficientemente graves para serem responsáveis pelo défice cognitivo.

Outras perturbações mentais. O diagnóstico de PNC vascular major ou ligeira não é adequado se os sintomas podem ser atribuídos na totalidade a um *delirium*, embora o *delirium* possa por vezes encontrar-se sobreposto a uma PNC vascular major ou ligeira preexistente, podendo ser realizados nesse caso ambos os diagnósticos. Se estiverem preenchidos os critérios de diagnóstico para perturbação depressiva major e se o défice cognitivo apresentar uma relação temporal com o provável início da depressão, o diagnóstico de PNC vascular

major ou ligeira não deve ser atribuído. Contudo, se a PNC precedeu o desenvolvimento da depressão, ou se a gravidade do défice cognitivo é desproporcionada em relação à gravidade da depressão, devem ser dados ambos os diagnósticos.

Comorbilidades

A PNC major ou ligeira devida à doença de Alzheimer coexiste frequentemente com a PNC vascular major ou ligeira devendo ser realizados nesse caso ambos os diagnósticos. A PNC vascular major ou ligeira e a depressão coexistem frequentemente.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Lesão Cerebral Traumática

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. Existe evidência de uma lesão cerebral traumática – ou seja, um impacte na cabeça ou outros mecanismos de movimento rápido ou de deslocamento do cérebro dentro da crânio, com pelo menos 1 dos seguintes:
   1. Perda de consciência.
   2. Amnésia pós-traumática
   3. Desorientação e confusão.
   4. Sinais neurológicos (por exemplo, exames imagiológicos com evidência de lesão; convulsões de novo; um agravamento significativo de uma perturbação convulsiva preexistente; defeitos no campo visual; anosmia; hemiparesia).
C. A perturbação neurocognitiva manifesta-se imediatamente depois da ocorrência de uma lesão cerebral traumática ou imediatamente após a recuperação da consciência e persiste após o período agudo de lesão.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a lesão cerebral traumática, com perturbação do comportamento: na ICD-9-CM codificar primeiro **907.0** efeito tardio de lesão cerebral sem fratura do crânio, seguido de **294.11** perturbação neurocognitiva major devida a lesão cerebral traumática, com perturbação do comportamento. Na ICD-10-CM codificar primeiro **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa com perda de consciência com duração indeterminada, sequela; seguido de **F02.81** perturbação neurocognitiva major devida a lesão cerebral traumática, com perturbação do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva major devida a lesão cerebral traumática, sem perturbação do comportamento: na ICD-9-CM codificar primeiro **907.0** efeito tardio de lesão cerebral sem fratura do crânio, seguido de **294.10** perturbação neurocognitiva major devida a lesão cerebral traumática, sem perturbação do comportamento. Na ICD-10-CM codificar primeiro **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa com perda de consciência com duração indeterminada, sequela; seguido de **F02.80** perturbação neurocognitiva major devida a lesão cerebral traumática, sem perturbação do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a lesão cerebral traumática, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para lesão cerebral traumática. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Especificadores

Avaliar a gravidade da perturbação neurocognitiva (PNC) e não a da lesão cerebral traumática subjacente (ver a secção «Desenvolvimento e Curso» para esta perturbação).

Características de Diagnóstico

A PNC major ou ligeira devida a lesão cerebral traumática (LCT) é causada por um impacte na cabeça ou por outros mecanismos de movimento rápido ou de deslocamento do cérebro dentro do crânio, tal como pode ocorrer nas lesões resultantes da exposição a uma explosão. A *lesão cerebral traumática* é definida como um traumatismo cerebral com características específicas que incluem pelo menos 1 das seguintes: perda de consciência, amnésia pós-traumática, desorientação e confusão, ou, em casos mais graves, sinais neurológicos (por exemplo, exames imagiológicos com evidência de lesão; convulsões de novo; agravamento significativo de uma perturbação convulsiva preexistente; defeitos no campo visual; anosmia; hemiparesia) (Critério B). Para ser atribuível à lesão cerebral traumática, a PNC deve manifestar-se imediatamente depois da ocorrência de uma lesão cerebral traumática ou imediatamente após a recuperação da consciência e persistir após o período agudo de lesão (Critério C).

A apresentação cognitiva é variável. As dificuldades nos domínios da atenção complexa, capacidade executiva, aprendizagem e memória são comuns, bem como a lentificação na velocidade de processamento da informação e as perturbações na cognição social. Nos casos mais graves de lesão cerebral traumática nos quais existe contusão cerebral, hemorragia intracraniana ou lesão penetrante, podem existir défices neurocognitivos adicionais, tais como afasia, negligência e dispraxia de construção.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A PNC major ou ligeira devida a lesão cerebral traumática pode ser acompanhada de perturbações na função emocional (por exemplo, irritabilidade, baixa tolerância à frustração, tensão e ansiedade, labilidade emocional); alterações da personalidade (por exemplo, desinibição, apatia, desconfiança, agressão); perturbações físicas (por exemplo, cefaleia, fadiga, perturbações do sono, vertigem ou tonturas, acufenos ou hiperacusia, fotossensibilidade, anosmia, redução da tolerância a medicação psicotrópica); e, particularmente nas lesões cerebrais traumáticas de maior gravidade, sinais e sintomas neurológicos (por exemplo, convulsões, hemiparesia, perturbações visuais, défices dos nervos cranianos) e evidência da existência de lesões ortopédicas.

Prevalência

Nos EUA, ocorrem anualmente 1,7 milhões de LCTs, que resultam em 1,4 milhões de idas aos serviços de urgência, 275 000 internamentos hospitalares e 52 000 mortes. Aproximadamente 2% da população vive com incapacidade associada a uma LCT. Os homens sofrem 59% das LCTs nos EUA. As causas mais comuns de LCTs nos EUA são as quedas, os acidentes de viação e as agressões na cabeça. As colisões e as pancadas na cabeça que ocorrem no decurso de desportos de contacto estão a ser cada vez mais reconhecidas como estando na origem de LCTs ligeiras, com a preocupação de que as LCTs ligeiras repetidas podem vir a ter sequelas persistentes cumulativas.

Desenvolvimento e Curso

A gravidade da LCT é avaliada no momento da lesão/avaliação inicial em ligeira, moderada ou grave, de acordo com os parâmetros indicados na Tabela 2.

A avaliação da gravidade da LCT não corresponde necessariamente à gravidade da PNC resultante. A evolução da recuperação da LCT é variável, dependendo não só das características da lesão, mas também de cofactores, tais como a idade, história anterior de lesão cerebral ou abuso de substâncias, que podem favorecer ou impedir a recuperação.

TABELA 2. Classificação da gravidade da lesão cerebral traumática.

Característica da lesão	LCT ligeira	LCT moderada	LCT grave
Perda de consciência	<30 minutos	30 min - 24 horas	>24 horas
Amnésia pós-traumática	<24 horas	24 h - 7 dias	>7 dias
Desorientação e confusão na avaliação inicial (*Escala de Coma de Glasgow*)	13-15 (não inferior a 13 aos 30 min)	9-12	3-8

Os sintomas neurocomportamentais têm tendência a ser mais graves no momento imediatamente após a LCT. Exceto nos casos de LCT grave, a evolução típica consiste numa melhoria completa ou substancial dos sinais e sintomas neurocognitivos, neurológicos e psiquiátricos associados. Os sintomas neurocognitivos associados à LCT ligeira têm tendência a remitir em dias ou semanas após a lesão com remissão completa em geral aos 3 meses após a LCT. Outros sintomas que podem potencialmente coexistir com os sintomas neurológicos (por exemplo, depressão, irritabilidade, fadiga, cefaleias, fotossensibilidade, perturbações do sono) também têm tendência a remitir nas semanas após uma LCT ligeira. Uma deterioração subsequente substancial em qualquer uma destas áreas deve levar a que se pondere um diagnóstico adicional. Contudo, LCTs ligeiras repetidas podem estar associadas a uma perturbação neurocognitiva persistente.

Na LCT moderada a grave, para além da persistência dos défices neurocognitivos, podem existir complicações neurofisiológicas, emocionais e comportamentais associadas. Estas incluem convulsões (sobretudo no primeiro ano), fotossensibilidade, hiperacusia, irritabilidade, agressividade, depressão, perturbações do sono, fadiga, apatia, incapacidade de retomar o funcionamento laboral e social habitual anterior à lesão, e deterioração nas relações interpessoais. A LCT moderada a grave tem sido associada a um aumento de risco para desenvolver depressão, agressividade e possivelmente doenças neurodegenerativas, tais como a doença de Alzheimer.

As características da PNC major ou ligeira persistente devida a LCT variam de acordo com a idade, as características da lesão e os cofactores. A incapacidade persistente relacionada com uma LCT numa criança pode ser traduzida por atrasos em alcançar fases do desenvolvimento (por exemplo, aquisição da linguagem), pior desempenho académico e possivelmente défices no desenvolvimento social. Nos adolescentes mais velhos e nos adultos, os sintomas persistentes podem incluir vários défices neurocognitivos, irritabilidade, hipersensibilidade à luz e ruídos, cansaço fácil e alterações de humor, incluindo depressão, ansiedade, hostilidade ou apatia. Em indivíduos mais velhos já sem reserva cognitiva, a LCT ligeira tem maior probabilidade de resultar em recuperações incompletas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Fatores de risco para lesão cerebral traumática. As taxas de lesão cerebral traumática variam com a idade, com os valores de prevalência mais elevados nas crianças com idade inferior a 4 anos, nos adolescentes mais velhos e nos indivíduos com mais de 65 anos. As quedas são a causa mais frequente de LCT, sendo os acidentes de viação a segunda causa mais frequente. As contusões desportivas são causas frequentes de LCT em crianças mais velhas, em adolescentes e em jovens adultos.

Fatores de risco para perturbação neurocognitiva após lesão cerebral traumática. As contusões repetidas podem conduzir a PNC persistente e a evidência neuropatológica de encefalopatia traumática. A intoxicação concomitante com uma substância pode aumentar a gravidade de uma LCT resultante de um acidente de viação, mas não existem dados sobre se a intoxicação com uma substância no momento do traumatismo agrava as sequelas neurocognitivas.

Modificadores do curso. A LCT ligeira em geral remite em poucas semanas ou meses, embora a remissão possa ser tardia ou incompleta no contexto de LCTs de repetição. Associados a um pior prognóstico de LCT moderada a grave estão a idade mais avançada (idade superior a 40 anos) e os parâmetros clínicos iniciais, tais como um valor baixo na escala de coma de Glasgow; pior função motora; ausência de reatividade pupilar; e evidência na tomografia computorizada (TC) de lesão cerebral (por exemplo, petéquias, hemorragia subaracnoideia, desvio da línha média, oclusão do terceiro ventrículo).

Marcadores de Diagnóstico

Para além dos testes neuropsicológicos, a TC pode revelar a existência de petéquias, hemorragia subaracnoideia ou evidência de contusão. A ressonância magnética também pode revelar a existência de hiperintensidades sugestivas de micro-hemorragias.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Lesão Cerebral Traumática

Na PNC ligeira devida a LCT, os indivíduos podem referir uma diminuição do rendimento cognitivo, dificuldades de concentração e menor capacidade para realizar as atividades habituais. Na PNC major devida a LCT, o indivíduo pode ter dificuldade em viver sozinho e em cuidar de si de forma independente. Na PNC major devida a LCT podem estar presentes características neuromotoras proeminentes, tais como descoordenação motora, ataxia e lentificação motora, que podem agravar as dificuldades no funcionamento. Os indivíduos com história de LCT referem mais sintomas depressivos, e estes podem ampliar as queixas cognitivas e agravar o funcionamento do indivíduo. Além disso, a perda do controlo emocional, incluindo o afeto agressivo ou inadequado e a apatia, pode estar presente após uma LCT mais grave com maior défice neurocognitivo. Estas características podem aumentar as dificuldades em viver sozinho e autocuidar-se.

Diagnóstico Diferencial

Nalguns casos, a gravidade dos sintomas neurocognitivos pode parecer não ser consistente com a gravidade do lesão cerebral traumática. Após a exclusão de complicações neurológicas não detetadas anteriormente (por exemplo, hematoma crónico), deve ser considerada a possibilidade de diagnósticos, tais como perturbação de sintomas somáticos ou perturbação

factícia. A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) pode coexistir com a PNC e haver sobreposição de sintomas (por exemplo, dificuldade de concentração, humor depressivo, desinibição de comportamento agressivo).

Comorbilidades

Nos indivíduos com perturbações de uso de substâncias, os efeitos neurocognitivos da substância contribuem para ou aumentam a modificação neurocognitiva associada a LCT. Pode haver sobreposição de alguns sintomas associados a LCT com os sintomas de indivíduos com perturbação de *stress* pós-traumático e as duas perturbações podem coexistir, especialmente em militares.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Induzida por Substância/Medicamento

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. Os défices neurocognitivos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium* e persistem para além da duração habitual da intoxicação ou abstinência aguda de substâncias.
C. A substância ou medicamento envolvido e a duração e o grau do seu uso têm capacidade de produzir os défices neurocognitivos.
D. A evolução temporal dos défices neurocognitivos é consistente com o momento do uso e abstinência da substância ou medicamento (por exemplo, os défices permanecem estáveis ou melhoram após um período de abstinência).
E. A perturbação neurocognitiva não é atribuível a outra condição médica nem é mais bem explicada por outra perturbação mental.

Nota de codificação. Os códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM para as perturbações neurocognitivas induzidas [por substância/medicamento específico] são indicadas na tabela abaixo. Salienta-se que o código ICD-10-CM depende de se existe ou não uma perturbação de uso de substância coexistente para a mesma classe da substância. Se existir uma perturbação de uso de uma substância de intensidade ligeira em comorbilidade com a perturbação neurocognitiva induzida por substâncias, o carácter na quarta posição é «1», e o clínico deve registar «perturbação do uso [de substância] ligeira» antes da perturbação neurocognitiva induzida por substâncias (por exemplo, «perturbação de uso de inalantes ligeira com perturbação neurocognitiva induzida por inalantes»). Se existir uma perturbação de uso de uma substância de intensidade moderada a grave em comorbilidade com a perturbação neurocognitiva induzida por substâncias, o carácter na quarta posição é «2», e o clínico deve registar «perturbação de uso [de substância] moderada» ou «perturbação de uso [de substância] grave», de acordo com a gravidade da perturbação de uso de substância comórbida. Se não existir nenhuma perturbação de uso de substância, então o carácter na quarta posição é «9» e o clínico deve registar apenas perturbação neurocognitiva induzida por substância. Para algumas classes de substâncias (isto é, álcool; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos), não é possível codificar uma perturbação de uso de substância ligeira simultaneamente com uma perturbação neurocognitiva induzida por substância; apenas poderá ser diagnosticada simultaneamente a perturbação de uso de substância moderada ou grave ou nenhuma perturbação de uso de substância. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	Com perturbação de uso, ligeira	Com perturbação de uso, moderada a grave	Sem perturbação de uso
Álcool (perturbação neurocognitiva major) subtipo não amnéstico-confabulatório	291.2	NA	F10.27	F10.97
Álcool (perturbação neurocognitiva major) subtipo amnéstico-confabulatório	291.1	NA	F10.26	F10.96
Álcool (perturbação neurocognitiva ligeira)	291.89	NA	F10.288	F10.988
Inalantes (perturbação neurocognitiva major)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Inalantes (perturbação neurocognitiva ligeira)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (perturbação neurocognitiva major)	292.82	NA	F13.27	F13.97
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (perturbação neurocognitiva ligeira)	292.89	NA	F13.288	F13.988
Outras (ou desconhecidas) substâncias (perturbação neurocognitiva major)	292.82	F19.17	F19.27	19.97
Outras (ou desconhecidas) substâncias (perturbação neurocognitiva ligeira)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar se:

Persistente. O défice neurocognitivo continua a ser significativo após um período prolongado de abstinência.

Procedimentos de Registo

ICD-9-CM. O nome da perturbação neurocognitiva induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, álcool) que se pressupõe estar a causar os sintomas neurocognitivos. O código de diagnóstico é selecionado da tabela incluída no conjunto de critérios, o qual se baseia na classe do tóxico. Para substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), deve ser utilizado o código para «outra substância»; e nos casos nos quais se pressupõe que uma substância desempenha um fator etiológico dos sintomas, mas a classe específica da substância é desconhecida, deve ser utilizada a categoria «substância desconhecida».

O nome da perturbação (isto é, perturbação neurocognitiva major induzida [por substância específica] ou perturbação neurocognitiva ligeira induzida [por substância específica]) é seguido, no caso do álcool, pela especificação do subtipo (isto é, subtipo não amnéstico-confabulatório, subtipo amnéstico-confabulatório), seguido da especificação da duração (isto é, persistente). Ao contrário dos procedimentos de registo utilizados na ICD-10-CM, que combina a perturbação induzida por substâncias e a perturbação do uso de substâncias num código único, na ICD-9-CM é atribuído um código de diagnóstico separado para a perturbação de uso de substâncias. Por exemplo, no caso de sintomas amnéstico-confabulatórios persistentes num homem com uma perturbação grave de uso de álcool, o diagnóstico é 291.1 perturbação neurocognitiva major induzida por álcool, subtipo amnéstico-confabulatório, persistente. O diagnóstico adicional de 303.90 perturbação grave de uso de álcool também é atribuído. Se a perturbação neurocognitiva induzida por substância/medicamento ocorre sem comorbilidade com uma perturbação de uso de substâncias (por exemplo, após um episódio único de uso abusivo de inalantes), não se procede ao registo adicional de perturbação de uso de substâncias (por exemplo, 292.82 perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes).

ICD-10-CM. O nome da perturbação neurocognitiva induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, álcool) que se pressupõe estar a causar os sintomas neurocognitivos. O código do diagnóstico é selecionado da tabela incluída no conjunto de critérios, o qual se baseia na classe do tóxico e na presença ou ausência de uma perturbação de uso de substância comórbida. Para substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), deve ser utilizado o código para «outra substância»; e nos casos nos quais se pressupõe que uma substância desempenha um fator etiológico dos sintomas, mas a classe específica da substância é desconhecida, deve-se utilizar a categoria «substância desconhecida».

Quando se regista o nome da perturbação, a perturbação do uso de substâncias comórbidas (se existir) é discriminada primeiro, seguida da palavra «com», seguida do nome da perturbação (isto é, perturbação neurocognitiva major induzida [por substância específica] ou perturbação neurocognitiva ligeira induzida [por substância específica]), seguido pelo subtipo no caso do álcool (isto é, subtipo não amnéstico-confabulatório, subtipo amnéstico-confabulatório), seguido da especificação da duração (isto é, persistente). Por exemplo, no caso de sintomas amnéstico-confabulatórios persistentes num homem com uma perturbação grave de uso de álcool, o diagnóstico é F10.26 perturbação grave de uso de álcool com perturbação neurocognitiva major induzida por álcool, subtipo amnéstico-confabulatório, persistente. O diagnóstico separado de perturbação grave de uso de álcool comórbido não é realizado. Se a perturbação neurocognitiva induzida por substância/medicamento ocorre sem comorbilidade com uma perturbação de uso de substâncias (por exemplo, após um episódio esporádico de uso abusivo de inalantes), não se procede ao registo adicional de perturbação de uso de substâncias (por exemplo, F18.988 perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes).

Características de Diagnóstico

A PNC major ou ligeira induzida por substância/medicamento é caracterizada por défices neurocognitivos que persistem para além da duração habitual da intoxicação ou abstinência aguda de substâncias (Critério B). Inicialmente, estas manifestações podem refletir uma recuperação lenta das funções cerebrais após um período prolongado de uso da substância, sendo possível

observar ao longo de vários meses as melhorias na neurocognição bem como nos indicadores dos exames de imagem cerebral. Se a perturbação se mantém após um período de tempo prolongado, deve ser especificado como *persistente*. A substância envolvida e o seu padrão de uso têm capacidade para produzir os défices neurocognitivos observados (Critério C). Apesar de poderem ocorrer decréscimos inespecíficos numa variedade de capacidades cognitivas com quase todas as substâncias de abuso e com vários fármacos, existem alguns padrões que ocorrem com maior frequência com determinadas classes de fármacos. Por exemplo, a PNC devida a fármacos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, benzodiazepinas, barbitúricos) pode apresentar mais alterações na memória do que noutras funções cognitivas. A PNC induzida pelo álcool manifesta-se frequentemente por uma combinação de défices nas funções executivas e nos domínios da memória e linguagem. A evolução temporal da PNC induzida por substâncias deve ser consistente com a do uso de uma determinada substância (Critério D). As características da PNC amnéstica confabulatória induzida pelo álcool (PNC de Korsakoff), incluem amnésia proeminente (dificuldade grave na aprendizagem de novas informações com esquecimento rápido) e tendência para confabular. Estas manifestações podem coexistir com sinais de encefalopatia por deficiência de tiamina (encefalopatia de Wernicke) com características associadas, tais como nistagmo e ataxia. A oftalmoplegia da encefalopatia de Wernicke é tipicamente caracterizada por uma paralisia do movimento conjugado horizontal dos olhos.

Para além dos sintomas neurocognitivos mais frequentemente relacionados com o uso de metanfetaminas (por exemplo, dificuldades de aprendizagem e de memória; funções executivas) ou independentemente destes, o uso de metanfetaminas também pode estar associado a evidência de lesão vascular (por exemplo, diminuição localizada da força muscular, descoordenação unilateral, assimetria de reflexos). O perfil neurocognitivo mais comum é semelhante àquele que é observado na PNC vascular.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A PNC de duração intermédia induzida por substâncias com efeitos depressores do sistema nervoso central pode manifestar-se também por sintomas de maior irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono e disforia. A PNC de duração intermédia induzida por substâncias estimulantes pode manifestar-se por depressão de *rebound*, hipersónia e apatia. Nas formas graves de PNC major induzida por substância/medicamento (por exemplo, associada ao uso prolongado de álcool), podem existir características neuromotoras proeminentes, tais como descoordenação, ataxia e lentificação motora. Pode existir também perda de controlo emocional, incluindo afeto agressivo ou desadequado, ou apatia.

Prevalência

Não existem dados sobre a prevalência destas perturbações. Estão disponíveis dados sobre a prevalência de abuso de substâncias e as PNC induzidas por substância/medicamento major ou ligeira têm maior probabilidade de ocorrer em indivíduos com idade mais avançada, com uma duração mais prolongada de uso e que têm outros fatores de risco, tais como deficiências nutricionais.

No caso de abuso de álcool, a taxa de PNC ligeira de duração intermédia é de cerca de 30%-40% nos primeiros 2 meses de abstinência. A PNC ligeira pode persistir, em especial em indivíduos que não atingem a abstinência sustentada senão depois dos 50 anos. A PNC major é rara e pode resultar de deficiências nutricionais concomitantes, como na PNC amnéstica -confabulatória induzida por álcool.

Pelo menos um terço dos indivíduos que descontinuam o uso de cocaína, metanfetaminas, opioides, fenciclidina e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos poderão vir a desenvolver uma PNC ligeira induzida por substância/medicamento de duração intermédia e existe alguma evidência de que estas substâncias também podem estar associadas a PNC ligeira persistente. A PNC major associada a estas substâncias é rara, se é que existe. No caso das metanfetaminas, também pode ocorrer doença cerebrovascular resultando em lesão cerebral focal ou difusa que pode ser de nível neurocognitivo ligeiro ou major. A exposição a solventes tem sido associada tanto à PNC major como à ligeira quer de duração intermédia quer persistente.

A existência da PNC induzida por *Cannabis* e por vários alucinogénios é controversa. Com a *Cannabis*, a intoxicação é acompanhada de várias perturbações neurocognitivas, mas estas tendem a remitir com a abstinência.

Desenvolvimento e Curso

As perturbações de uso de substâncias têm início em geral durante a adolescência apresentando um pico pelos 20-30 anos. Embora uma história de perturbação de uso de substâncias grave de duração prolongada esteja associada a maior probabilidade de PNC, a relação não é linear, sendo frequente uma recuperação muito significativa ou mesmo completa das funções neurocognitivas nos indivíduos que atingem a abstinência sustentada antes dos 50 anos. A PNC major ou ligeira induzida por substância/medicamento tem maior probabilidade de se tornar persistente em indivíduos que continuam a abusar de substâncias depois dos 50 anos, provavelmente devido a uma combinação de diminuição da plasticidade neuronal com o início de outras alterações cerebrais associadas à idade. O início precoce do abuso, especialmente de álcool, pode conduzir a defeitos no desenvolvimento neuronal tardio (por exemplo, fases mais avançadas de maturação dos circuitos frontais), os quais poderão ter efeitos na cognição social, bem como noutras capacidades neurocognitivas. Na PNC induzida por álcool, pode existir um efeito cumulativo entre as lesões cerebrais do envelhecimento e as induzidas pelo álcool.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Os fatores de risco para vir a desenvolver PNC induzidas por substância/medicamento incluem idade mais avançada, duração de utilização mais prolongada e uso persistente depois dos 50 anos. Além disso, na PNC induzida por álcool, as deficiências nutricionais a longo prazo, a doença hepática, os fatores de risco vasculares e as doenças cardiovascular e cerebrovascular podem contribuir para o risco de vir a desenvolver a PNC.

Marcadores de Diagnóstico

A ressonância magnética (RMN) de indivíduos com abuso crónico de álcool em geral revela diminuição da espessura cortical, perda de substância branca e alargamento dos sulcos e dos ventrículos. Apesar de as alterações nos exames imagiológicos serem mais frequentes em indivíduos com PNC, é possível observar PNC sem alterações nos exames imagiológicos, e vice-versa. Técnicas especializadas (por exemplo, imagem de tensor de difusão) podem revelar lesões em vias específicas de substância branca. A ressonância magnética de espectroscopia pode evidenciar uma redução do N-acetilaspartato e um aumento nos marcadores de inflamação (por exemplo, mioinositol) ou de lesão da substância branca (por exemplo, colina). Muitas destas alterações nos exames imagiológicos cerebrais e muitas das

manifestações neurocognitivas revertem após a abstinência bem-sucedida. Em indivíduos com perturbação de uso de metanfetaminas, a RMN pode também revelar hiperintensidades sugestivas de micro-hemorragias ou áreas maiores de enfarte.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Induzida por Substância/Medicamento

As consequências funcionais da PNC ligeira induzida por substância/medicamento são por vezes ampliadas pela diminuição da eficiência cognitiva e pela dificuldade de concentração que ultrapassa a que é observada em muitas outras PNC. Além disso, as PNC induzidas por substância/medicamento, de nível major ou ligeiro, podem ter síndromes motoras associadas que aumentam o grau de défice funcional.

Diagnóstico Diferencial

Os indivíduos com perturbações de uso de substâncias, intoxicação de substâncias e abstinência de substâncias têm um risco mais elevado de vir a desenvolver outras condições que podem, de modo independente, ou através de um efeito combinado, resultar em perturbação neurocognitiva. Estas incluem história de lesão cerebral traumática e infeções que podem acompanhar a perturbação de uso de substâncias (por exemplo, VIH, vírus da hepatite C, sífilis). Deste modo, a existência de uma PNC major ou ligeira induzida por substância/medicamento deve ser distinguida das PNC que surgem noutros contextos em que não ocorre uso, intoxicação ou abstinência de substâncias, incluindo essas doenças acompanhantes (por exemplo, lesão cerebral traumática).

Comorbilidades

As perturbações de uso de substâncias, intoxicação de substâncias e abstinência de substâncias são muitas vezes encontradas em comorbilidade com outras perturbações mentais. A perturbação de stress pós-traumático comórbida, as perturbações psicóticas, as perturbações depressivas e bipolares e as perturbações do neurodesenvolvimento podem contribuir para o défice neurocognitivo em indivíduos que usam substâncias. As lesões cerebrais traumáticas ocorrem com mais frequência em indivíduos que usam substâncias, o que dificulta nesses casos a determinação da etiologia da PNC. A perturbação de uso de álcool grave de longa duração pode estar associada a doenças dos órgãos principais, incluindo doença cerebrovascular e cirrose. A PNC induzida por anfetaminas pode ser acompanhada de PNC vascular major ou ligeira, devida também ao uso de anfetaminas.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Infeção por VIH

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. Existe evidência documentada de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).
C. A perturbação neurocognitiva não é mais bem explicada por condições não relacionadas com o VIH, incluindo doenças cerebrais secundárias tais como a leucoencefalopatia multifocal progressiva ou a meningite criptocócica.

D. A perturbação neurocognitiva não é atribuível a outra condição médica nem é mais bem explicada por uma perturbação mental.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a infeção por VIH, com alterações do comportamento codificar primeiro **042 (B20)** infeção por VIH, seguido de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major devida a infeção por VIH, com alterações do comportamento. Na perturbação neurocognitiva major devida a infeção por VIH, sem alterações do comportamento, codificar primeiro **042 (B20)** infeção por VIH, seguida de **294.10 (F02.80)** perturbação neurocognitiva major devida a infeção por VIH, sem alterações do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a infeção por VIH, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para infeção por VIH. A alteração do comportamento não pode ser codificada mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

A doença do VIH é causada pela infeção com o vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (VIH-1), a qual é adquirida pela exposição a fluidos corporais de pessoas infetadas que pode ocorrer através do uso de drogas injetáveis, contacto sexual não protegido ou exposição acidental ou iatrogénica (por exemplo, transfusão de sangue contaminado, picada de agulha em clínicos). O VIH infeta vários tipos de células, e sobretudo as células do sistema imunitário. Com o passar do tempo, a infeção pode causar uma depleção grave de linfócitos «auxiliares T» (CD4), resultando num compromisso grave da imunidade, levando com frequência a infeções oportunistas e neoplasias. Esta fase mais avançada de infeção por VIH é designada de *síndrome da imunodeficiência adquirida* (SIDA). O diagnóstico de VIH é confirmado por métodos laboratoriais definidos, tais como o teste de imunoabsorção enzimática para deteção de anticorpos VIH com confirmação por *Western blot* e/ou por reação em cadeia da polimerase para o VIH.

Alguns indivíduos com infeção por VIH desenvolvem uma PNC, que em geral apresenta um «padrão subcortical» com predomínio de défices nas funções executivas, lentificação da velocidade de processamento, dificuldades em tarefas que exigem maior atenção e dificuldade em aprender informações novas, mas menor dificuldade em recordar informações já aprendidas. Na PNC major a lentificação pode ser proeminente. As dificuldades na linguagem, tais como afasia, são raras, embora possam existir diminuições na fluência. Os processos patogénicos do VIH podem afetar qualquer zona do cérebro; por conseguinte, outros padrões são possíveis.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A PNC major ou ligeira devida a infeção por VIH é em geral mais prevalente em indivíduos com episódios anteriores de imunossupressão grave, carga viral elevada no líquido cefalorraquidiano e indicadores de infeção por VIH em fase avançada, tais como anemia e hipoalbuminemia. Os indivíduos com PNC em fase avançada podem apresentar características neuromotoras proeminentes, tais como descoordenação grave, ataxia e lentificação motora. Pode existir também perda do controlo emocional, incluindo afeto agressivo ou desadequado ou apatia.

Prevalência

Dependendo da fase da doença do VIH, entre um terço e mais de metade dos indivíduos infetados com o VIH têm pelo menos uma perturbação neurocognitiva ligeira, mas algumas destas perturbações podem não preencher a totalidade dos critérios para PNC ligeira.

Estima-se que cerca de 25% dos indivíduos infetados por VIH irão apresentar sinais e sintomas que preenchem os critérios para PNC ligeira, e menos de 5% irão preencher os critérios para PNC major.

Desenvolvimento e Curso

A PNC devida a infeção por VIH pode remitir, melhorar, piorar gradualmente ou ter um curso flutuante. A progressão rápida para défice neurocognitivo profundo com o tratamento atualmente disponível com associações de antirretrovirais é rara; por conseguinte, uma alteração repentina no estado mental de um indivíduo com infeção por VIH pode conduzir a uma pesquisa de outras causas médicas para as alterações cognitivas, incluindo infeções secundárias. Dado que a infeção por VIH afeta de preferência as zonas subcorticais ao longo da evolução da doença, incluindo a substância branca profunda, a progressão da doença segue um padrão «subcortical». Uma vez que o VIH pode afetar várias áreas cerebrais e que a doença pode ter várias possibilidades de evolução dependendo das comorbilidades associadas e das consequências do VIH, a evolução em geral de uma PNC devida a infeção por VIH é muito heterogénea. Um perfil neurocognitivo subcortical pode interagir com a idade ao longo da vida, quando a lentificação psicomotora e os défices motores, tal como a lentificação da marcha, podem ocorrer como uma consequência de outras condições relacionadas com o envelhecimento, de modo que a progressão global pode parecer mais marcada numa fase avançada da vida.

Nos países desenvolvidos, a doença do VIH é uma doença principalmente de adultos, com aquisição da infeção devida a comportamentos de risco (por exemplo, relações sexuais não protegidas, uso de drogas injetáveis) que têm início no final da adolescência, apresentando um pico na idade de adulto jovem. Nos países em vias de desenvolvimento, sobretudo na África subsariana, onde ainda não estão disponíveis testes para o VIH nem tratamento antirretroviral para grávidas, a transmissão perinatal é frequente. Nessas crianças a PNC pode manifestar-se principalmente por um atraso no neurodesenvolvimento. Uma vez que os indivíduos que fazem tratamento para o VIH sobrevivem até idades avançadas, é possível que ocorram efeitos neurocognitivos cumulativos e interativos do VIH e do envelhecimento, incluindo outras PNC (por exemplo, devida a doença de Alzheimer, devida a doença de Parkinson).

Fatores de Risco e de Prognóstico

Fatores de risco e de prognóstico para infeção por VIH. Os fatores de risco para infeção por VIH incluem uso de drogas injetáveis, contactos sexuais não protegidos, transfusão de sangue não protegida e outros fatores iatrogénicos.

Fatores de risco e de prognóstico para perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a infeção por VIH. De forma paradoxal, a PNC devida a infeção por VIH não tem diminuído significativamente com o início do tratamento com associações de antirretrovirais, embora as apresentações mais graves (consistentes com o diagnóstico de PNC major) tenham diminuído acentuadamente. Os fatores que contribuem para tal podem incluir o controlo inadequado do VIH no sistema nervoso central (SNC), o desenvolvimento de estirpes virais resistentes aos antirretrovirais, os efeitos a longo prazo da inflamação crónica sistémica e cerebral, os efeitos de fatores comórbidos, tais como envelhecimento, abuso de substâncias, história prévia de traumatismo do SNC e coinfeções, tal como com o vírus da hepatite C.

A exposição crónica a fármacos antirretrovirais também levanta a possibilidade de neurotoxicidade, embora esta não esteja definitivamente estabelecida.

Marcadores de Diagnóstico

O teste sanguíneo do VIH é necessário para fazer o diagnóstico. Além disso, a caracterização do VIH no líquido cefalorraquidiano pode ser útil se esta revelar uma carga viral desproporcionalmente elevada no líquido cefalorraquidiano em comparação com a existente no sangue. Os exames imagiológicos (isto é, a ressonância magnética [RMN]) pode revelar uma redução no volume cerebral total, diminuição da espessura cortical, redução no volume de substância branca e áreas irregulares de substância branca anómala (hiperintensidades). A RMN ou a punção lombar podem ser úteis para excluir uma condição médica específica tal como a infeção por criptococos ou a encefalite por herpes, que podem contribuir para as alterações no SNC no contexto de SIDA. Técnicas especializadas, tais como a imagem de tensor de difusão, poderão revelar lesões em circuitos específicos de substância branca.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Infeção por VIH

As consequências funcionais da PNC major ou ligeira devida a infeção por VIH são variáveis de indivíduo para indivíduo. Assim, o défice nas funções executivas e a lentificação no processamento da informação podem interferir substancialmente com as decisões complexas de gestão de doença que são necessárias para a adesão ao tratamento com associações de antirretrovirais. A probabilidade da existência de doenças comórbidas pode criar ainda mais dificuldades de funcionamento.

Diagnóstico Diferencial

Na presença de comorbilidades tais como outras infeções (por exemplo, vírus da hepatite C, sífilis), abuso de substâncias (por exemplo, metanfetaminas) ou história prévia de lesão cerebral traumática ou de condições do neurodesenvolvimento, a PNC major ou ligeira devida a infeção por VIH pode ser diagnosticada desde que exista evidência de que a infeção por VIH agravou quaisquer PNC devidas a essas condições preexistentes ou comórbidas. Entre os adultos em idade mais avançada, pode ser necessário diferenciar o início do declínio neurocognitivo relacionado com a doença cerebrovascular ou neurodegeneração (por exemplo, PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer). Em geral, um estado neurocognitivo estável, flutuante (sem progressão) ou que melhora é a favor de uma etiologia por infeção por VIH, enquanto uma deterioração progressiva constante ou em fases é sugestiva de uma etiologia neurodegenerativa ou vascular. Uma vez que a imunodeficiência mais grave pode resultar em infeções oportunistas do cérebro (por exemplo, toxoplasmose; criptococose) e em neoplasias (por exemplo, linfoma do SNC), o início súbito de uma PNC ou o agravamento súbito da PNC obriga à investigação de etiologias não relacionadas com o VIH.

Comorbilidades

A doença por VIH é acompanhada de inflamação sistémica e de neuroinfiamação crónicas que podem estar associadas a doença cerebrovascular e à síndrome metabólica. Estas complicações podem ser parte da patogénese da PNC major ou ligeira devida a infeção por VIH. O VIH coexiste frequentemente com condições tais como as perturbações de uso de substâncias nos casos em que a substância foi injetada e outras doenças de transmissão sexual.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença dos Priões

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. A perturbação tem um início insidioso e é frequente a progressão rápida do défice.
C. Existem características motoras de doença dos priões, tais como mioclonias ou ataxia, ou existe evidência da presença de biomarcadores.
D. A perturbação neurocognitiva não é atribuível a outra condição médica e não é mais bem explicada por outra perturbação mental.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, com alteração do comportamento, codificar primeiro **046.79 (A81.9)** doença dos priões, seguido de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, com alteração do comportamento. Na perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, sem alteração do comportamento codificar primeiro **046.79 (A81.9)** doença das priões, seguido de **294.10 (F02.80)** perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, sem alteração do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença dos priões, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença dos priões. A alteração do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

A classificação da perturbação neurocognitiva (PNC) major ou ligeira devida a doença dos priões inclui as PNC devidas a um conjunto de encefalopatias espongiformes subagudas (incluindo a doença de Creutzfeldt-Jakob, a doença de Creutzfeldt-Jakob variante, o *kuru*, a síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker e a insónia fatal) causadas por agentes transmissíveis conhecidos como priões. O tipo mais comum é a doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica, em geral denominada doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ). A DCJ variante é muito mais rara e está associada à transmissão bovina da encefalopatia espongiforme, também denominada «doença das vacas loucas». Tipicamente, os indivíduos com DCJ apresentam-se com défices neurocognitivos, ataxia e movimentos anómalos, tais como mioclonias, coreia ou distonia; também é comum o reflexo de Moro. Tipicamente a história revela uma progressão rápida para PNC major, num período tão curto quanto 6 meses, e assim a perturbação é em geral observada apenas no nível major. Contudo, muitos indivíduos com a perturbação podem ter apresentações atípicas, e a doença apenas pode ser confirmada por biópsia ou autópsia. Os indivíduos com DCJ variante podem apresentar um maior predomínio de sintomas psiquiátricos, caracterizados por humor deprimido, isolamento e ansiedade. A doença dos priões em geral não é diagnosticada sem estar presente pelo menos um dos biomarcadores característicos: lesões visíveis nas imagens de ressonância magnética de difusão DWI (imagem ponderada de difusão), ou FLAIR (recuperação de inversão de fluido atenuada), proteínas tau ou 14-3-3 no líquido cefalorraquidiano, ondas trifásicas características no eletrencefalograma ou, para as formas familiares raras, história familiar ou testes genéticos.

Prevalência

A incidência anual de DCJ esporádica é de aproximadamente 1 ou 2 casos por milhão de pessoas. Não existem dados sobre a prevalência, mas será muito baixa, dada a curta sobrevivência.

Desenvolvimento e Curso

A doença dos priões pode desenvolver-se nos adultos em qualquer idade – o pico etário para a DCJ esporádica é pelos 67 anos – embora a sua ocorrência tenha sido reportada em indivíduos de qualquer idade desde a adolescência até idades avançadas. Os sintomas prodrómicos da doença dos priões podem incluir fadiga, ansiedade, problemas com o apetite oú sono ou dificuldades de concentração. Após várias semanas, estes sintomas podem ser seguidos de descoordenação, alteração da visão ou alterações da marcha ou de outros movimentos que podem ser mioclónicos, coreoatetósicos ou balísticos, juntamente com demência rapidamente progressiva. A doença em geral progride com grande rapidez para níveis de défice major ao longo de vários meses. Mais raramente, a doença pode progredir ao longo de 2 anos e assemelhar-se na sua evolução a outras PNC.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Tem sido demonstrada a transmissão da infeção por priões entre espécies, inclusive também com agentes com uma relação próxima com a forma humana (por exemplo, o surto de encefalopatia espongiforme bovina incluindo a DCJ variante no Reino Unido durante a década de 1990). A transmissão por transplante de córnea e por injeção de fator de crescimento humano tem sido documentada e têm sido referidos casos esporádicos de transmissão a prestadores de cuidados de saúde.

Genéticos e fisiológicos. Existe uma componente genética em até 15% dos casos, associada a mutação autossómica dominante.

Marcadores de Diagnóstico

A doença dos priões apenas pode ser confirmada definitivamente por biópsia ou autópsia. Embora não existam características distintivas na análise do líquido cefalorraquidiano nas várias doenças dos priões, estão a ser desenvolvidos biomarcadores fiáveis que incluem a proteína 14-3-3 (sobretudo para a DCJ esporádica) e também a proteína tau. A ressonância magnética cerebral é atualmente considerada o teste diagnóstico mais sensível quando se realiza a ressonância magnética de difusão (DWI), sendo os achados mais frequentes as hiperintensidades multifocais da substância cinzenta nas regiões cortical e subcortical. Nalguns indivíduos, o eletrencefalograma revela descargas agudas periódicas, muitas vezes trifásicas e síncronas à razão de 0,5-2 Hz nalgum momento durante a evolução da perturbação.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações neurocognitivas major. A PNC major devida à doença dos priões pode assemelhar-se na sua evolução a outras PNC, mas as doenças dos priões são tipicamente diferenciadas pela sua progressão rápida e pelos sintomas motores e cerebelosos proeminentes.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Parkinson

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. A perturbação ocorre no âmbito de uma doença de Parkinson já instalada.
C. Existe um início insidioso e uma progressão gradual do défice.
D. A perturbação neurocognitiva não é atribuível a outra condição médica nem é mais bem explicada por outra perturbação mental.

É atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva major ou ligeira provavelmente devida a doença de Parkinson** se estiverem presentes os critérios 1 e 2. Deve ser atribuído o diagnóstico de **perturbação neurocognitiva major ou ligeira possivelmente devida a doença de Parkinson** se estiver presente o critério 1 ou o critério 2:

1. Não existe evidência de etiologia mista (isto é, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra condição neurológica, mental ou sistémica que provavelmente contribua para o declínio cognitivo).
2. A doença de Parkinson precede claramente o início da perturbação neurocognitiva.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major provavelmente devida a doença de Parkinson, com alteração do comportamento, codificar primeiro **322.0 (G20)** doença de Parkinson, seguida de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major provavelmente devida à doença de Parkinson, com alteração do comportamento. Na perturbação neurocognitiva major provavelmente devida a doença de Parkinson, sem alteração do comportamento, codificar primeiro **322.0 (G20)** doença de Parkinson, seguida de **294.10 (F02.80)** perturbação neurocognitiva major provavelmente devida a doença de Parkinson, sem alteração do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva major possivelmente devida a doença de Parkinson, codificar **331.9 (G31.9)** perturbação neurocognitiva major possivelmente devida a doença de Parkinson. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença de Parkinson. A alteração do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Parkinson, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença de Parkinson. A perturbação do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação neurocognitiva (PNC) major ou ligeira devida à doença de Parkinson é o declínio cognitivo após o início da doença de Parkinson. É necessário que a perturbação ocorra no âmbito de uma doença de Parkinson já instalada (Critério B) e os défices têm de se ter desenvolvidos gradualmente (Critério C). A PNC é considerada como *provavelmente* devida a doença de Parkinson quando não exista evidência de outra perturbação que possa estar a contribuir para o défice cognitivo *e* quando a doença de Parkinson claramente precede o início da PNC. A PNC é considerada como *possivelmente* devida a doença de Parkinson quer *quando* não existe evidência de outra perturbação que possa estar a contribuir para o défice cognitivo *quer quando* a doença de Parkinson precede o início da PNC, mas não ambas.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As características que com frequência estão presentes incluem apatia, humor deprimido, humor ansioso, alucinações, delírios, alterações da personalidade, perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM), e sonolência diurna excessiva.

Prevalência

A prevalência da doença de Parkinson nos EUA aumenta progressivamente com a idade, apresentando valores de 0,5%, no grupo etário dos 65 aos 69 anos, até 3% em indivíduos com 85 anos ou mais. A doença de Parkinson é mais frequente em homens do que em mulheres. Entre os indivíduos com doença de Parkinson, pelo menos 75% destes irá desenvolvér uma PNC major em determinado momento da evolução da doença. A prevalência de PNC ligeira na doença de Parkinson é de aproximadamente 27%.

Desenvolvimento e Curso

O início da doença de Parkinson ocorre tipicamente entre a sexta e a nona décadas de vida, com maior expressão no início da sétima década. A PNC ligeira muitas vezes desenvolve-se numa fase relativamente inicial da evolução da doença de Parkinson, enquanto o défice major ocorre tipicamente apenas numa fase já muito avançada da doença.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. Os fatores de risco para doença de Parkinson incluem a exposição a herbicidas e a pesticidas.

Genéticos e fisiológicos. Os potenciais fatores de risco para PNC entre indivíduos com doença de Parkinson incluem a idade mais avançada no momento do diagnóstico e duração mais prolongada de doença.

Marcadores de Diagnóstico

Os testes neuropsicológicos, com foco nos testes que não dependam da função motora, são essenciais para a deteção dos principais défices cognitivos, particularmente na fase de PNC ligeira. Os exames de imagiologia neurológica estrutural e as imagens dos transportadores de dopamina, tais como a tomografia computorizada por emissão de fotão único com marcação com injeção de contraste radiativo para marcação dos transportadores de dopamina (DaT scan), podem diferenciar as demências relacionadas com os corpos de Lewy (Pakinson e demências com corpos de Lewy) das demências não relacionadas com os corpos de Lewy (por exemplo, doença de Alzheimer) e podem ser por vezes úteis na avaliação da PNC major ou ligeira devida a doença de Parkinson.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy. Esta distinção é baseada substancialmente na relação temporal e na sequência dos sintomas motores e cognitivos. Para a PNC ser atribuível à doença de Parkinson, os sintomas motores e outros sintomas da doença de Parkinson devem estar presentes bastante tempo antes (por convenção, pelo menos 1 anos antes) de o declínio cognitivo ter atingido o nível de PNC major, enquanto na PNC major ou ligeira com corpos de Lewy, os sintomas cognitivos começam pouco tempo antes ou simultaneamente com os sintomas motores. Na PNC ligeira, o momento em que

surgem os sintomas é mais difícil de estabelecer porque o próprio diagnóstico é menos bem definido e as duas perturbações existem num contínuo. A menos que a doença de Parkinson já esteja instalada algum tempo antes do início do declínio cognitivo, ou que as características típicas da PNC major ou ligeira com corpos de Lewy estejam presentes, é preferível atribuir o diagnóstico de PNC ligeira não especificada.

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Alzheimer. As características motoras são essenciais para distinguir a PNC major ou ligeira devida a doença de Parkinson da PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer. Contudo, as duas perturbações podem coexistir.

Perturbação neurocognitiva vascular major ou ligeira. A PNC vascular major ou ligeira pode apresentar características parkinsónicas, tal como lentificação psicomotora que pode ocorrer como consequência de doença de pequenos vasos subcortical. Contudo, as características parkinsónicas em geral não são suficientes para o diagnóstico de doença de Parkinson e a evolução da PNC em geral tem uma associação clara com alterações cerebrovasculares.

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a outra doença médica (por exemplo, doenças neurodegenerativas). Quando se considera o diagnóstico de PNC major ou ligeira secundária a doença de Parkinson, também deve ser feita a distinção de outras doenças cerebrais, tais como a paralisia supranuclear progressiva, a degeneração corticobasal, a atrofia sistémica múltipla, tumores e hidrocefalia.

Parkinsonismo induzido por antipsicóticos. O parkinsonismo induzido por antipsicóticos pode ocorrer em indivíduos com outras PNC, particularmente quando os fármacos bloqueadores dos recetores da dopamina são prescritos para as manifestações comportamentais dessas perturbações.

Outras condições médicas. O *delirium* e as PNC devidas aos efeitos dos fármacos bloqueadores dos recetores da dopamina e outras condições médicas (por exemplo, sedação ou défice da cognição, hipotiroidismo grave, deficiência de vitamina B_{12}) também devem ser excluídos.

Comorbilidades

A doença de Parkinson pode coexistir com a doença de Alzheimer e com a doença cerebrovascular, especialmente em indivíduos de idade mais avançada. A associação de múltiplas características patológicas pode diminuir as capacidades funcionais de indivíduos com doença de Parkinson. Os sintomas motores e a coexistência frequente de depressão ou apatia pode agravar o défice funcional.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Huntington

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. Existe um início insidioso e uma progressão gradual.
C. Existe doença de Huntington já clinicamente instalada ou risco para desenvolver doença de Huntington com base na história familiar ou em testes genéticos.

D. A perturbação neurocognitiva não é atribuível a outra doença médica nem é mais bem explicada por outra perturbação mental.

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington, com alteração do comportamento, codificar primeiro **333.4 (G10)** doença de Huntington, seguida de **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington, com alteração do comportamento. Na perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington, sem alteração do comportamento, codificar primeiro **333.4 (G10)** doença de Huntington, seguida de **294.10 (F02.80)** perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington, sem alteração do comportamento.

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Huntington, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para doença de Huntington. A alteração do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

O défice cognitivo progressivo é uma característica essencial da doença de Huntington, com alterações precoces nas funções executivas (isto é, velocidade de processamento, organização e planeamento) e não na aprendizagem e memória. As alterações cognitivas e as alterações comportamentais associadas precedem frequentemente o aparecimento das alterações motoras típicas da bradicinesia (isto é, lentificação dos movimentos voluntários) e da coreia (isto é, movimentos involuntários rápidos, irregulares e sem finalidade). O diagnóstico definitivo de doença de Huntington é atribuído na presença de alterações motoras extrapiramidais inequívocas num indivíduo com uma história familiar de doença de Huntington ou com testes genéticos que mostrem uma expansão anómala de repetições do trinucleótido «CAG» no gene HTT (gene codificador da proteína huntingtoniana), localizado no cromossoma 4.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A depressão, a irritabilidade, a ansiedade, os sintomas obsessivo-compulsivos e a apatia estão com frequência associados à doença de Huntington, tal como a psicose, embora esta última esteja mais raramente associada, e precedem com frequência o início dos sintomas motores.

Prevalência

Os défices neurocognitivos são uma eventual consequência da doença de Huntington; a prevalência mundial estimada da doença de Huntington é de 2,7 por 100 000 indivíduos. A prevalência da doença de Huntington na América do Norte, Europa e Austrália é de 5,7 por 100 000 indivíduos, com uma prevalência muito inferior na Ásia, onde é de 0,4 por 100 000 indivíduos.

Desenvolvimento e Curso

A idade média no momento do diagnóstico de doença de Huntington é aproximadamente 40 anos, embora seja muito variável. A idade de início está inversamente correlacionada com a expansão anómala de repetições do trinucleótido «CAG». A doença de Huntington juvenil (com início antes dos 20 anos) pode apresentar-se mais frequentemente com bradicinesia, distonia e rigidez do que com os movimentos coreiformes característicos da

doença de Huntington com início na idade adulta. A doença é gradualmente progressiva, com uma sobrevivência média de aproximadamente 15 anos após o diagnóstico dos sintomas motores.

A expressão fenotípica da doença de Huntington varia consoante estejam presentes sintomas motores, cognitivos e psiquiátricos. As alterações psiquiátricas e cognitivas podem surgir pelo menos 15 anos antes das alterações motoras. Os sintomas iniciais que necessitam de tratamento incluem com frequência irritabilidade, ansiedade e humor deprimido. Outras alterações comportamentais podem incluir apatia marcada, desinibição, impulsividade e diminuição do juízo crítico, com a apatia a tornar-se cada vez mais progressiva ao longo do tempo. Os sintomas iniciais dos movimentos podem envolver o aparecimento de inquietação nas extremidades, bem como *apraxia* ligeira (isto é, dificuldade nos movimentos intencionais), em especial em tarefas motoras finas. À medida que a doença progride, outras dificuldades motoras incluem a dificuldade na marcha (*ataxia*) e instabilidade postural. Os défices motores eventualmente afetam a produção do discurso (*disartria*), a ponto de este se tornar muito difícil de compreender, o que pode provocar uma angústia significativa como resultado da barreira de comunicação existente devida ao facto de a cognição se encontrar relativamente preservada. A doença motora em fase avançada afeta gravemente a marcha com ataxia progressiva. Os indivíduos podem eventualmente deixar de andar. A doença motora em fase terminal pode comprometer o controlo motor da alimentação e da deglutição, sendo tipicamente um fator que contribui bastante para a morte do indivíduo por pneumonia de aspiração.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A base genética para a doença de Huntington é uma expansão anómala de repetições do trinucleótido «CAG», totalmente penetrante autossómica dominante, com frequência denominada uma *repetição* CAG no gene codificador da proteína huntingtoniana. Uma repetição de 36 ou mais trinucleótidos está invariavelmente associada a doença de Huntington, com repetições mais longas associadas a idades de início mais precoces. Uma repetição de CAG com pelo menos 36 trinucleótidos está invariavelmente associada a doença de Huntington.

Marcadores de Diagnóstico

Os testes genéticos são o principal teste laboratorial para determinação da doença de Huntington, que é uma perturbação autossómica dominante com penetrância completa. Há dados que mostram que o trinucleótido «CAG» tem uma expansão anómala de repetições no gene que codifica a proteína huntingtoniana, localizado no cromossoma 4. O diagnóstico de doença de Huntington não é atribuído apenas pela presença da expansão anómala do gene, sendo atribuído o diagnóstico de doença de Huntington apenas após o início da manifestação dos sintomas. Alguns indivíduos com história familiar de doença de Huntington solicitam a realização dos testes genéticos numa fase pré-sintomática. As características associadas podem incluir também alterações nos exames de imagiologia neurológica; sabe-se que a diminuição do volume dos gânglios da base, especialmente no caudado e no putâmen, ocorre e progride ao longo da evolução da doença. Também têm sido observadas outras alterações estruturais e funcionais nos exames de imagiologia neurológica cerebral, mas ainda permanecem no âmbito da investigação.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Huntington

Na fase prodrómica da doença e quando há um diagnóstico precoce, o declínio laboral é muito comum, com a maioria dos indivíduos a referir alguma diminuição da capacidade para realizar o seu trabalho habitual. Os aspetos emocionais, comportamentais e cognitivos da doença de Huntington, tais como a desinibição e as alterações da personalidade, estão muito associados ao declínio funcional. Os défices cognitivos que mais contribuem para o défice funcional podem incluir a velocidade de processamento, a iniciação e a atenção e não o défice da memória. Dado que o início da doença de Huntington ocorre nos anos produtivos da vida, esta doença pode ter um efeito muito disruptivo no desempenho a nível laboral bem como na vida social e familiar. À medida que a doença progride, a incapacidade provocada pelas dificuldades, tais como as dificuldades da marcha, a disartria e os comportamentos impulsivos ou irritáveis, pode agravar substancialmente o nível da deficiência e da necessidade diária de prestação de cuidados em relação àqueles que são atribuíveis ao declínio cognitivo. Os movimentos coreiformes graves podem interferir substancialmente com a prestação de cuidados como o banho, o vestir e a higiene.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais. Os sintomas precoces da doença de Huntington podem incluir labilidade emocional, irritabilidade ou comportamentos compulsivos que podem apontar para outra perturbação mental. Contudo, os testes genéticos ou o desenvolvimento de sintomas motores irá distinguir a presença da doença de Huntington.

Outras perturbações neurocognitivas. Os sintomas precoces da doença de Huntington, particularmente os sintomas de disfunção executiva e de diminuição da velocidade psicomotora, podem ser semelhantes a outras perturbações neurocognitivas (PNC), como a PNC vascular major ou ligeira.

Outras perturbações do movimento. A doença de Huntington também deve ser diferenciada de outras doenças e perturbações associadas a coreia, como a doença de Wilson, a discinesia tardia induzida por fármacos, a coreia de Sydenham, o lúpus eritematoso sistémico ou a coreia senil. Raramente, os indivíduos podem apresentar uma evolução semelhante à da doença de Huntington, mas sem resultados positivos nos testes genéticos; neste caso considera-se que se trata de um fenótipo semelhante a doença de Huntington resultante de uma variedade de potenciais fatores genéticos.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
B. Existe evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação neurocognitiva é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental ou outra perturbação neurocognitiva específica (por exemplo, doença de Alzheimer, infeção por HIV).

Nota de codificação. Na perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, com alteração do comportamento, codificar primeiro o estado físico, seguido de perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, com alteração do comportamento (por exemplo, **340 [G35]** esclerose múltipla, **294.11 [F02.81]** perturbação neurocognitiva major devida a esclerose múltipla, com alteração do comportamento). Na perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, sem alteração do comportamento, codificar primeiro o estado físico, seguido da perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, sem alteração do comportamento (por exemplo, **340 [G35]** esclerose múltipla, **294.10 [F02.80]** perturbação neurocognitiva major devida a esclerose múltipla, sem alteração do comportamento).

Na perturbação neurocognitiva ligeira devida a outra condição médica, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**. *Não* utilizar o código adicional para a outra condição médica. A alteração do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Características de Diagnóstico

Várias outras condições médicas podem causar perturbações neurocognitivas (PNC). Estas condições incluem lesões estruturais (por exemplo, tumores cerebrais primários ou secundários, hematoma subdural, hidrocefalia lentamente progressiva ou de pressão normal), hipoxia relacionada com hipoperfusão causada por insuficiência cardíaca, condições endócrinas (por exemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglicemia), alterações nutricionais (por exemplo, deficiências de tiamina ou de niacina), outras condições infeciosas (por exemplo, neurossífilis, criptococose), doenças imunes (por exemplo, arterite temporal, lúpus eritematoso sistémico), insuficiência hepática ou renal, condições metabólicas (por exemplo, doença de Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática, outras doenças de armazenamento dos adultos e das crianças) e outras condições neurológicas (por exemplo, epilepsia, esclerose múltipla). Causas raras de lesão do sistema nervoso central, tais como choques elétricos ou radiação intracraniana, são em geral evidentes na história clínica. A relação temporal entre o início e o agravamento da outra condição médica e o desenvolvimento dos défices cognitivos é o dado que fornece maior suporte sobre se a PNC é induzida pela outra condição médica. A certeza do diagnóstico relativamente a esta relação pode ser aumentada se o défice cognitivo melhorar parcialmente ou estabilizar quando é feito o tratamento de outra condição médica.

Desenvolvimento e Curso

Tipicamente, a evolução da PNC progride de um modo proporcional à progressão de outra condição médica subjacente. Nas circunstâncias em que outra condição médica é tratável (por exemplo, hipotiroidismo), o défice neurocognitivo pode melhorar ou pelo menos não progredir. Quando a outra condição médica tem uma evolução com deterioração (por exemplo, esclerose múltipla progressiva secundária), os défices neurocognitivos irão progredir ao longo da evolução temporal da doença.

Marcadores de Diagnóstico

Os dados do exame físico e dos testes laboratoriais associados, bem como outras características clínicas, dependem da natureza e gravidade de outra condição médica.

Diagnostico Diferencial

Outra perturbação neurocognitiva major ou ligeira. A presença de outra condição médica atribuível não exclui totalmente a possibilidade de outra PNC major ou ligeira. Se os défices persistem após um tratamento bem-sucedido de uma condição médica associada, então outra etiologia poderá ser responsável pelo declínio cognitivo.

Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Múltiplas Etiologias

Critérios de Diagnóstico

A. Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.

B. Existe evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais, de que a perturbação neurocognitiva é consequência fisiopatológica direta de mais do que um processo etiológico, excluindo substâncias (por exemplo, perturbação neurocognitiva devida a doença de Alzheimer com desenvolvimento subsequente de uma perturbação neurocognitiva vascular).

Nota. Referir os critérios de diagnóstico para as várias perturbações neurocognitivas devidas às condições médicas específicas para orientação na determinação das etiologias particulares.

C. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental e não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*.

Nota de codificação. Para a perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, com alteração do comportamento, codificar **294.11 (F02.81)**; para a perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, sem alteração do comportamento, codificar **294.10 (F02.80)**. Todas as outras condições médicas (exceto as doenças vasculares) que desempenham um papel na etiologia da perturbação devem ser codificadas e listadas em separado imediatamente antes da perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias (por exemplo, **331.0 [G30.9]** doença de Alzheimer; **331.82 [G31.83]** doença dos corpos de Lewy; **294.11 [F02.81]** perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, com alteração do comportamento).

Quando existe uma doença cerebrovascular que contribui para a etiologia da perturbação neurocognitiva, o diagnóstico de perturbação neurocognitiva vascular deve ser registado juntamente com a perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias. Por exemplo, no caso de uma perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer e a doença vascular, com alteração do comportamento, codificar do seguinte modo: **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer; **294.11 (F02.81)** perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, com alteração do comportamento; **290.40 (F01.51)** perturbação neurocognitiva major vascular, com alteração do comportamento.

Para a perturbação neurocognitiva ligeira devida a múltiplas etiologias, codificar **331.83 (G31.84)** (**Nota**. *Não* utilizar códigos adicionais para as etiologias. A alteração do comportamento não pode ser codificada, mas ainda assim deve ser indicada quando se procede ao registo.)

Esta categoria é incluída para abranger as apresentações clínicas de perturbações neurocognitivas (PNC) para as quais existe evidência de que múltiplas condições médicas tiveram provavelmente um papel no desenvolvimento da PNC. Para além das evidências indicadoras da presença de múltiplas condições médicas que se sabe poderem provocar PNC (isto é, dados da história clínica, do exame físico e dos exames laboratoriais), pode ser útil

referenciar os critérios de diagnóstico e o texto para as várias etiologias médicas (por exemplo, PNC devida a doença de Parkinson) para fornecer mais informação no estabelecimento de uma relação etiológica para outra condição médica determinada.

Perturbação Neurocognitiva Não Especificada

799.59 (R41.9)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação neurocognitiva que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, laboral ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem a totalidade dos critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações neurocognitivas. A categoria de perturbação neurocognitiva não especificada é utilizada em situações nas quais a etiologia específica não consegue ser determinada com suficiente certeza para fazer uma atribuição etiológica.

Nota de codificação. Para a perturbação neurocognitiva major ou ligeira não especificada, codificar 799.59 (R41.9). (**Nota**. *Não* usar códigos adicionais para qualquer condição médica etiológica presumida. A alteração do comportamento não pode ser codificada, mas poderá ser indicada no registo.)

Perturbações da Personalidade

Este capítulo começa com uma definição geral de perturbação da personalidade que se aplica a cada uma das 10 perturbações da personalidade específicas. Uma perturbação da personalidade é um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é invasiva e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina mal-estar ou incapacidade.

Em qualquer processo de revisão, especialmente num desta complexidade, diferentes pontos de vista emergem, tendo sido feito um esforço para os acomodar. Assim, as perturbações da personalidade foram incluídas nas Secções II e III. O material da Secção II representa uma atualização do texto associado aos mesmos critérios encontrados no DSM-IV-TR, enquanto a Secção III inclui o modelo de investigação proposto para o diagnóstico e conceptualização das perturbações da personalidade desenvolvido pelo Grupo de Trabalho das Perturbações da Personalidade do DSM-5. Enquanto este campo evolui, espera-se que as duas versões sirvam a prática clínica e as iniciativas de investigação, respetivamente.

As perturbações da personalidade incluídas neste capítulo são listadas abaixo.

- **Perturbação paranoide da personalidade**: um padrão de desconfiança e suspeição, tal que as motivações alheias são interpretadas como malévolas.
- **Perturbação esquizoide da personalidade**: um padrão de alheamento da vida social e uma restrição da expressividade emocional.
- **Perturbação esquizotípica da personalidade**: um padrão de instabilidade no relacionamento próximo, distorções cognitivas ou percetivas e comportamento excêntrico.
- **Perturbação antissocial da personalidade**: um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.
- **Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade**: um padrão de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem, afetos e impulsividade marcada.
- **Perturbação histriónica da personalidade**: um padrão de excessiva emocionalidade e procura de atenção.
- **Perturbação narcísica da personalidade**: um padrão de grandeza, necessidade de admiração e ausência de empatia.
- **Perturbação evitante da personalidade**: um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa.
- **Perturbação dependente da personalidade**: um padrão de comportamento submisso e adesivo, associado a uma excessiva necessidade de cuidados dos outros.

- **Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade:** um padrão de preocupação com a ordem, perfecionismo e controlo.
- **Alteração da personalidade devida a outra condição médica:** uma perturbação persistente da personalidade que se julga ser devida aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (por exemplo, lesão do lobo frontal).
- **Perturbação da personalidade com outra especificação e perturbação da personalidade não especificada:** uma categoria que surge de duas situações: 1) o padrão de personalidade do indivíduo preenche os critérios gerais para perturbação da personalidade, mas não são preenchidos critérios suficientes para uma perturbação específica, apesar de estarem presentes traços de diferentes perturbações da personalidáde; ou 2) o padrão da personalidade preenche os critérios gerais para perturbação da personalidade, mas o indivíduo tem uma perturbação da personalidade que não está incluída na classificação do DSM-5 (por exemplo, perturbação passivo-agressiva da personalidade).

As perturbações da personalidade estão reunidas em 3 grupos baseados em semelhanças descritivas. O Grupo A inclui as perturbações paranoide, esquizoide e esquizotípica da personalidade. Os indivíduos com estas perturbações com frequência parecem estranhos ou excêntricos. O Grupo B inclui as perturbações antissocial, estado-limite (*borderline*), histriónica e narcísica da personalidade. Os indivíduos com estas perturbações parecem com frequência dramáticos, emocionais e inconstantes. O Grupo C inclui as perturbações dependente, evitante e obsessivo-compulsiva da personalidade. Os indivíduos com estas perturbações parecem com frequência ansiosos e medrosos. É necessário notar que este sistema de agrupamento, apesar de útil nalgumas situações de investigação e ensino, tem sérias limitações e não foi consistentemente validado.

Mais ainda, os indivíduos apresentam-se, com frequência, com perturbações da personalidade concomitantes de diferentes grupos. A prevalência estimada para os diferentes grupos sugere 5,7% para as perturbações do Grupo A, 1,5% para as perturbações do Grupo B e 6,0% para as do Grupo C; e 9,1% para qualquer perturbação da personalidade, indicando a coocorrência frequente de perturbações de diferentes grupos. Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem que cerca de 15% dos adultos dos EUA têm pelo menos uma perturbação da personalidade

Modelos Dimensionais para Perturbações da Personalidade

A abordagem diagnóstica usada neste manual representa a perspetiva categorial na qual as perturbações da personalidade apresentam síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa a esta abordagem categorial é a perspetiva dimensional, na qual as perturbações da personalidade representam variantes desadaptativas de traços da personalidade que se confundem impercetivelmente com a normalidade e entre si. Veja a Secção III para uma descrição completa do modelo dimensional para as perturbações da personalidade. Os grupos de perturbações da personalidade do DSM-IV (isto é, bizarro-excêntrico, dramático-emocional e ansioso-temeroso) também podem ser vistos como dimensões representativas de espectros de disfunção da personalidade num contínuo com outras perturbações mentais. Os modelos dimensionais alternativos têm muito em comum e parecem, globalmente, cobrir as áreas importantes de disfunção da personalidade. A sua integração, utilidade clínica e relações com as perturbações da personalidade e com os vários aspetos de disfunção da personalidade continuam a ser objeto de investigação ativa.

Perturbação da Personalidade Geral

Critérios

A. Padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado na cultura do indivíduo. Este padrão é manifestado em 2 (ou mais) das seguintes áreas.
   1. Cognição (isto é, formas de perceção e interpretação de si próprio, dos outros e dos acontecimentos).
   2. Afetividade (isto é, variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
   3. Funcionamento interpessoal.
   4. Controlo dos impulsos.

B. O padrão duradouro é inflexível e global numa grande variedade de situações pessoais e sociais.

C. O padrão duradouro origina mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento.

D. O padrão é estável, de longa duração e o seu início ocorreu o mais tardar na adolescência ou no início da idade adulta.

E. O padrão duradouro não é mais bem explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental.

F. O padrão duradouro não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, drogas de abuso, medicamentos) ou a outra condição médica (por exemplo, traumatismo craniano).

Características de Diagnóstico

Os *traços de personalidade* são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e pessoal. Somente quando os traços de personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando défice funcional significativo ou mal-estar subjetivo, se constituem como perturbações da personalidade. A característica essencial da perturbação da personalidade é um padrão estável de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura e se manifesta em pelo menos 2 das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controlo dos impulsos (Critério A). Este padrão duradouro é inflexível e invasivo numa gama variada de situações sociais e pessoais (Critério B), originando mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (Critério C). O padrão é estável, de longa duração e o seu início pode ser localizado na adolescência ou no início da idade adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental (Critério E) e não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos, exposição a tóxicos) ou outra condição médica (por exemplo, traumatismo craniano) (Critério F). Para cada perturbação da personalidade encontram-se neste capítulo critérios de diagnóstico específicos.

O diagnóstico de perturbação da personalidade requer uma avaliação dos padrões de funcionamento individual ao longo do tempo e as características particulares da personalidade terão de ter sido evidentes pelo início da idade adulta. Os traços de personalidade que definem estas perturbações devem também ser distinguidos das características que emergem em resposta a uma situação stressante específica ou a um estado mental mais transitório

(por exemplo, perturbações bipolar, depressiva ou de ansiedade, intoxicação por substâncias). O clínico deve atender à estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diferentes situações. Apesar de algumas vezes ser possível fazer o diagnóstico com uma entrevista única, é muitas vezes necessário conduzir várias entrevistas espaçadas no tempo. A avaliação pode também complicar-se pelo facto de as características que definem uma perturbação da personalidade não serem consideradas problemáticas pela pessoa (isto é, os traços são muitas vezes egossintónicos). Para ajudar a ultrapassar esta dificuldade, pode ser útil recolher informação suplementar junto de outros informadores.

Desenvolvimento e Curso

As características de uma perturbação da personalidade em regra são reconhecíveis durante a adolescência e início da idade adulta. Por definição, uma perturbação da personalidade é um padrão duradouro de pensamento, sentimentos e comportamentos relativamente estável ao longo do tempo. Alguns tipos de perturbação da personalidade (particularmente, antissocial e estado-limite [*borderline*]) tendem a ser menos evidentes ou a remitir com a idade, o que parece ser menos verdadeiro para outras perturbações (por exemplo, perturbação obsessivo-compulsiva ou esquizotípica).

As categorias de perturbações da personalidade poderão ser aplicadas a crianças ou adolescentes em situações relativamente pouco usuais quando os traços de personalidade desadaptativos de um indivíduo parecem ser invasivas, persistentes e dificilmente limitados a um estádio particular de desenvolvimento ou a outra perturbação mental. Deverá reconhecer-se que os traços de perturbação da personalidade que surgem na infância não deverão persistir inalteráveis até à idade adulta. Para o diagnóstico de perturbação da personalidade ser feito num indivíduo com menos de 18 anos, as características deverão estar presentes pelo menos durante 1 ano. A única exceção é a perturbação antissocial da personalidade, que não poderá ser diagnosticada em indivíduos com menos de 18 anos. Apesar de, por definição, ser um requisito que a perturbação da personalidade surja no início da idade adulta, os indivíduos poderão não exigir atenção clínica até uma idade tardia. Uma perturbação da personalidade poderá ser exacerbada após a perda de pessoas de suporte para o indivíduo (por exemplo, um cônjuge) ou de uma situação social previamente estável (por exemplo, o emprego). No entanto, o desenvolvimento de uma mudança na personalidade na meia-idade ou mais tarde na vida requer uma profunda avaliação para determinar a possível presença de alterações da personalidade devidas a outra condição médica ou a uma perturbação de uso de substâncias desconhecida.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os juízos acerca do funcionamento da personalidade devem ter em conta os contextos étnico, cultural e social do indivíduo. As perturbações da personalidade não devem ser confundidas com os problemas associados à aculturação após a emigração ou com a expressão de hábitos, costumes ou valores políticos e religiosos professados pela cultura original do indivíduo. Particularmente quando se avalia alguém de um contexto diferente, é útil para o clínico obter informação de quem esteja familiarizado com as regras culturais da pessoa.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Certas perturbações da personalidade (por exemplo, perturbação antissocial da personalidade) são com mais frequência diagnosticadas no sexo masculino. Outras (por exemplo, estado-limite (*borderline*), histriónica e dependente) são mais diagnosticadas no sexo

feminino. Apesar de estas diferenças na prevalência refletirem provavelmente diferenças reais de género na presença de tais padrões, os clínicos devem ser cautelosos em não diagnosticarem em excesso ou defeito certas perturbações da personalidade, em mulheres ou em homens por causa dos estereótipos sociais relativos a papéis de género e comportamentos típicos.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais e traços de personalidade. Muitos dos critérios específicos de perturbação da personalidade descrevem características (por exemplo suspeição, dependência ou insensibilidade) que estão presentes também nos episódios de outras perturbações mentais. Uma perturbação da personalidade só deve ser diagnosticada quando as características definidoras estão presentes antes do início da idade adulta, são típicas do funcionamento do indivíduo a longo prazo e não ocorrem durante um episódio de outra perturbação mental. Pode ser particularmente difícil (e não muito útil) distinguir a perturbação da personalidade de outras perturbações mentais persistentes, como a perturbação depressiva persistente, que tem início precoce e evolução crónica e relativamente estável. Algumas perturbações da personalidade podem ter um «espectro» relacional com outra perturbação mental (por exemplo, perturbação esquizotípica da personalidade com esquizofrenia; perturbação evitante da personalidade com perturbação de ansiedade social) consubstanciada em semelhanças fenomenológicas, biológicas ou agregação familiar).

As perturbações da personalidade devem ser distinguidas dos traços de personalidade que não atingem um limiar para perturbação da personalidade. Os traços de personalidade são diagnosticados como perturbação só quando são inflexíveis, desadaptativos e persistentes e causam défice funcional e mal-estar subjetivo significativos.

Perturbações psicóticas. Para as três perturbações da personalidade que podem estar relacionadas com as perturbações psicóticas (paranoide, esquizoide e esquizotípica), há um critério de exclusão que estabelece que o padrão de comportamento não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas ou outra perturbação psicótica). Quando uma pessoa tem uma perturbação da personalidade preexistente a uma perturbação mental persistente (por exemplo, esquizofrenia), a perturbação da personalidade deve também ser registada, seguida da menção «pré-mórbida» entre parênteses.

Perturbações depressiva e de ansiedade. O clínico deve ser cauteloso no diagnóstico de perturbação da personalidade durante um episódio de uma perturbação depressiva ou de ansiedade, porque estas situações têm características sintomatológicas que se cruzam e desse modo mimetizam traços de personalidade que podem dificultar a avaliação retrospetiva do padrão de funcionamento a longo prazo da pessoa.

Perturbação de stress pós-traumático. Quando emergem e persistem mudanças da personalidade após um indivíduo ter sido exposto a um stress extremo, deve ser encarado o diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático.

Perturbação de uso de substâncias. Quando uma pessoa sofre de perturbação de uso de substâncias é importante não diagnosticar uma perturbação da personalidade com base apenas em comportamentos que são consequências de intoxicação ou abstinência de uma substância ou que estão associados com atividades de manutenção do uso da substância (por exemplo, comportamento antissocial).

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. Quando surgem modificações duradouras da personalidade como resultado de efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica (por exemplo, tumor cerebral), deve ser considerado o diagnóstico de alteração da personalidade devida a outra condição médica.

Perturbações da Personalidade do Grupo A

Perturbação Paranoide da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.0 (F60.0)

A. Uma desconfiança e suspeição invasivas em relação aos outros, de tal forma que os seus motivos são interpretados como malévolos, começando no início da idade adulta e presentes numa variedade de contextos, como indicado por 4 (ou mais) das seguintes características:
   1. Suspeita, sem bases suficientes, de que outros tiram partido deles, o prejudicam ou enganam.
   2. Preocupa-se com dúvidas injustificadas acerca de lealdade ou confiança de amigos ou associados.
   3. É relutante em confiar nos outros por medo injustificado de que a informação possa maliciosamente ser usada contra si.
   4. Encontra humilhações ou ameaças ocultas em observações ou acontecimentos inocentes.
   5. Guarda persistentemente rancor (isto é, não consegue esquecer ofensas, injúrias ou indelicadezas).
   6. Percebe ataques ao seu caráter e reputação não aparentes aos outros, aos quais reage rapidamente com raiva ou contra-atacando.
   7. Tem suspeitas recorrentes, injustificadas, relativas à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.

B. Não ocorre exclusivamente durante a evolução de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas ou outra perturbação psicótica, nem é devida aos efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica.

Nota. Se forem preenchidos os critérios antes do início da esquizofrenia, adicionar «pré-mórbida», por exemplo, «perturbação paranoide da personalidade (pré-mórbida)».

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação paranoide da personalidade é um padrão de desconfiança e suspeição invasivas em relação aos outros com interpretação malévola das suas motivações. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com esta perturbação assumem que os outros tirarão partido de si, os magoarão ou dececionarão, mesmo sem evidência ou base para esta expectativa (Critério A1). Suspeitam sem evidência ou com evidência mínima de que os outros estão conluiados e que os podem atacar subitamente em qualquer altura e sem qualquer razão. Frequentemente, sentem que têm estado a ser profunda e irreversivelmente injuriados por outros, mesmo sem evidência objetiva para tal. Estão preocupados com dúvidas injustificadas acerca da lealdade e confiança dos seus amigos e conhecidos, cujas ações são minuciosamente escrutinadas para

descobrir intenções hostis (Critério A2). Qualquer pequeno desvio da confiança e lealdade serve como apoio das suas crenças subjacentes. Ficam tão espantados com demonstrações de lealdade dos amigos e conhecidos que não conseguem confiar e acreditar. Se tiverem problemas, esperam que os amigos e conhecidos os ataquem ou ignorem.

Os indivíduos com perturbação paranoide da personalidade são relutantes em confidenciar ou em aproximar-se dos outros porque receiam que a informação partilhada possa ser usada contra eles (Critério A3). Podem recusar responder a perguntas pessoais, dizendo que «ninguém tem nada a ver com isso». Fazem leituras de significados escondidos, aviltantes ou ameaçadores em acontecimentos ou comentários inocentes (Critério A4). Por exemplo, um indivíduo com esta perturbação pode incorretamente interpretar um erro de caixa num supermercado como uma tentativa deliberada para o enganar ou pode avaliar um comentário humorístico ocasional de um colega como um ataque sério a si próprio. Os elogios são com frequência mal interpretados (por exemplo, um elogio a uma nova aquisição pode ser interpretado como crítica ao seu egoísmo, um elogio ao seu talento pode ser interpretado como uma tentativa para coartar um melhor rendimento). Pode considerar uma oferta de ajuda como uma crítica à sua incapacidade para resolver a situação por si só.

Os indivíduos com esta perturbação guardam persistentemente rancores e são incapazes de esquecer insultos, injúrias e indelicadezas que pensam ter sofrido (Critério A5). Indelicadezas menores determinam grande hostilidade, com persistência deste sentimento por longo tempo. Porque estão constantemente vigilantes em relação às intenções lesivas de outros, muitas vezes sentem que o seu caráter ou reputação foi atacado ou diminuído de alguma maneira. São rápidos a contra-atacar e reagir com raiva às injúrias percebidas (Critério A6). Os indivíduos com esta perturbação podem ter ciúme patológico, com frequência suspeitando que o seu cônjuge ou parceiro sexual é infiel sem uma justificação adequada (Critério A7). Podem reunir «provas» circunstanciais e triviais para fundamentarem as suas crenças de ciúme. Podem querer manter controlo completo do relacionamento íntimo para evitarem ser traídos e podem estar constantemente a questionar e a desafiar as ações, as intenções e a fidelidade do seu cônjuge ou parceiro.

A perturbação paranoide da personalidade não deve ser diagnosticada se o padrão de comportamento ocorrer exclusivamente durante a evolução de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas ou outra perturbação psicótica, ou se for devida ao efeito fisiológico direto de uma condição neurológica (por exemplo, epilepsia do lobo temporal) ou outra condição médica (Critério B).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação paranoide da personalidade têm grandes dificuldades em estabelecer relações próximas ou têm com frequência problemas neste tipo de relacionamentos. A sua suspeição e hostilidade excessivas podem ser expressas em discussões abertas, em queixas recorrentes ou por um tranquilo e aparente distanciamento hostil. Porque são hipervigilantes para ameaças potenciais, podem agir de forma defensiva, secreta ou tortuosa, aparentando «frieza» e desprendimento de sentimentos afetuosos. Apesar de aparentemente objetivos, racionais e desafetados, com frequência expressam uma gama lábil de afetos, com predomínio de hostilidade, inflexibilidade e sarcasmo. A sua natureza desconfiada e combativa pode provocar uma resposta hostil nos outros, o que por sua vez confirma as suas expectativas originais.

Os indivíduos com perturbação paranoide da personalidade, porque desconfiam dos outros, têm uma necessidade excessiva de ser autossuficientes e um forte sentido de autonomia. Têm também necessidade de ter um elevado grau de controlo sobre os que os rodeiam. São com frequência rígidos, críticos com os outros, incapazes de colaborar, apesar de terem grande dificuldade em aceitar a crítica alheia. Podem culpar os outros pelas suas insuficiências. Pela sua rapidez em contra-atacar em resposta às ameaças percebidas à sua volta, podem ser dados a litígios e com frequência envolver-se em disputas legais. Os indivíduos com esta perturbação procuram confirmar as suas noções negativas preconcebidas em relação a pessoas e situações, atribuindo motivações malévolas que não são mais do que projeções dos seus próprios medos. Podem exibir fantasias grandiosas pouco realistas, insuficientemente escondidas, ligadas a questões de poder e hierarquia, e tendem a desenvolver estereótipos negativos dos outros, particularmente daqueles pertencentes a grupos distintos da sua origem. Atraídos por formulações simplistas do mundo, são com frequência cautelosos nas situações ambíguas. Podem ser vistos como «fanáticos» e formar «cultos» ou grupos fortemente ligados com outros que partilham o seu sistema de crenças paranoides.

Particularmente em resposta ao stress, os indivíduos com esta perturbação podem sofrer episódios psicóticos muito breves (durante minutos ou horas). Nalgumas circunstâncias, a perturbação paranoide da personalidade pode aparecer como antecedente pré-mórbido de perturbação delirante ou esquizofrenia. Os indivíduos com esta perturbação podem desenvolver perturbação depressiva major e ter um risco aumentado para agorafobia e perturbação obsessivo-compulsiva. Com frequência ocorre perturbação de uso de álcool e de outras substâncias. As formas mais comuns de comorbilidade de perturbações da personalidade são as esquizotípica, esquizoide, narcísica, evitante e estado-limite (*borderline*).

Prevalência

A prevalência estimada para a perturbação paranoide da personalidade baseada numa subamostra de probabilidade da Parte II do *National Comorbidity Survey Replication* sugere 2,3%, enquanto os dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* sugere uma prevalência de 4,4% para esta perturbação.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação paranoide da personalidade pode começar a ser aparente na infância e adolescência com solidão, mau relacionamento com os colegas, ansiedade social, maus resultados escolares, hipersensitividade, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias idiossincráticas. Estas crianças podem aparentar ser «bizarras» ou «excêntricas» ou serem vítimas de provocação. Em amostras clínicas, esta perturbação parece ser mais com frequência diagnosticada em homens.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Há alguma evidência para um aumento de prevalência de perturbação paranoide da personalidade nos familiares de indivíduos com esquizofrenia e uma associação familiar mais específica com a perturbação delirante, tipo persecutório.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Alguns comportamentos que são influenciados por contextos socioculturais ou circunstâncias de vida particulares podem ser erradamente rotulados como paranoides e mesmo ser

reforçados pelo processo de avaliação clínica. Os membros de grupos minoritários, emigrantes, refugiados políticos e económicos ou pessoas de diferentes etnias podem mostrar comportamentos defensivos e por falta de familiaridade (por exemplo, barreira linguística, desconhecimento de regras e regulamentos) ou como resposta à negligência ou indiferença da maioria da sociedade. Estes comportamentos, por seu lado, podem causar raiva e frustração naqueles que lidam com estes indivíduos, perpetuando um círculo vicioso de desconfiança recíproca, que não deve ser confundida com perturbação paranoide da personalidade. Alguns grupos étnicos podem apresentar comportamentos relacionados com a cultura e estes serem erradamente interpretados como paranoides.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais com sintomas psicóticos. A perturbação paranoide da personalidade pode ser distinguida da perturbação delirante, tipo persecutório, esquizofrenia e perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas porque estas perturbações são caracterizadas por um período persistente de sintomas psicóticos (por exemplo, delírios e alucinações). Para formular um diagnóstico adicional de perturbação paranoide da personalidade, a perturbação da personalidade deve estar presente antes do início dos sintomas psicóticos e persistir depois da remissão dos mesmos. Quando um indivíduo tem outra perturbação mental persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi antecedida pela perturbação paranoide da personalidade, esta também deverá ser registada, seguida pela designação «pré-mórbida» entre parênteses.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação paranoide da personalidade deve ser distinguida da alteração da personalidade devida a outra condição médica, na qual os traços emergem por efeito direto de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação paranoide da personalidade deve também ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Traços paranoides associados a incapacidades físicas. Esta perturbação deve também ser distinguida dos traços paranoides, associados com o desenvolvimento de incapacidades físicas (por exemplo, deficiência auditiva).

Outras perturbações da personalidade e traços da personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação paranoide da personalidade porque têm algumas características em comum. É, por isso, importante distinguir as perturbações com base em diferenças das suas características. Contudo, se um indivíduo com sintomas de perturbação da personalidade preencher critérios para uma ou mais perturbações da personalidade para além da perturbação paranoide da personalidade, todas podem ser diagnosticadas. A perturbação paranoide e a perturbação esquizotípica da personalidade partilham traços de suspeição, distanciamento interpessoal e ideação paranoide, mas a perturbação esquizotípica da personalidade também inclui sintomas como pensamento mágico, experiências percetivas inabituais e pensamento e discurso bizarros. Os indivíduos com comportamentos que preencham critérios para perturbação esquizoide da personalidade são com frequência considerados estranhos, excêntricos, mas não têm habitualmente uma ideação paranoide proeminente. A tendência para os indivíduos com perturbação paranoide

da personalidade reagirem a uma estimulação mínima com raiva é também observada nas perturbações estado-limite (*borderline*) e histriónica da personalidade. Contudo, estas perturbações não estão necessariamente associadas com uma suspeição global. Indivíduos com perturbação evitante da personalidade podem ser relutantes em confiar nos outros, mais porque receiam ficar envergonhados e se sentem pouco à vontade, do que por medo das más intenções alheias. Apesar de o comportamento antissocial poder estar presente na perturbação paranoide da personalidade, não é motivado por um desejo de ganho pessoal ou de tirar partido dos outros como na perturbação antissocial da personalidade, mas com mais frequência é atribuível a um desejo de vingança. Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade podem ocasionalmente demonstrar suspeição, evitamento social ou alienação, mas isto deriva primariamente de receios de verem reveladas as suas imperfeições e defeitos.

Os traços paranoides podem ser adaptativos, particularmente em ambientes ameaçadores. A perturbação paranoide da personalidade deve ser diagnosticada apenas quando os seus traços são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam défice funcional ou mal-estar subjetivo significativos.

Perturbação Esquizoide da Personalidade

Critérios de Diagnóstico **301.20 (F60.1)**

A. Padrão global de desprendimento das relações sociais e uma gama restrita de expressão emocional em situações interpessoais, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 4 (ou mais) dos seguintes:
   1. Não deseja nem tira prazer de relações próximas, incluindo fazer parte de uma família.
   2. Escolhe quase sempre atividades solitárias.
   3. Tem pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.
   4. Tem prazer em poucas ou nenhumas atividades.
   5. Não tem amigos íntimos ou confidentes, para além dos familiares em primeiro grau.
   6. Parece indiferente ao elogio ou à crítica dos outros.
   7. Mostra frieza emocional, desprendimento ou aplanamento da afetividade.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas, outra perturbação psicótica ou uma perturbação do espectro do autismo e não é devida aos efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica.

Nota. Se forem preenchidos os critérios anteriormente ao início de esquizofrenia acrescentar «pré-mórbida», isto é, «perturbação esquizoide da personalidade (pré-mórbida)».

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação esquizoide da personalidade é um padrão global de distanciamento das relações sociais e expressividade restrita em situações interpessoais. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com perturbação esquizoide da personalidade aparentam não desejar a intimidade, parecem indiferentes às oportunidades para desenvolver relações de proximidade e não parecem ter grande satisfação em fazer parte de uma família ou grupo social (Critério A1). Preferem passar o tempo consigo próprios do que com as outros indivíduos.

Aparentam muitas vezes estar isolados socialmente ou «sozinhos» e escolhem quase sempre atividades solitárias ou divertimentos que não envolvam interação com os outros (Critério A2). Preferem tarefas mecânicas ou abstratas, tais como jogos de computador ou matemáticos. Têm pouco interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa (Critério A3) e têm prazer em poucas, ou nenhumas, atividades (Critério A4). Habitualmente há pouco prazer em experiências sensoriais, corporais ou interpessoais, tais como caminhar na praia ao entardecer ou ter atividade sexual. Estes indivíduos não têm amigos ou confidentes, exceto, talvez, um familiar em primeiro grau (Critério A5).

Os indivíduos com perturbação esquizoide da personalidade parecem com frequência alheios à aprovação ou crítica dos outros e não ficam aborrecidos com o que os outros pensam deles (Critério A6). Podem não prestar atenção às subtilezas normais da interação social humana e com frequência não respondem de forma apropriada às pistas sociais, parecendo superficiais e egoístas. Apresentam usualmente uma máscara exterior sem reação emocional visível e raramente trocam gestos ou expressões mímicas, tal como sorrisos ou movimentos de acordo ou desacordo (Critério A7). Relatam que é raro vivenciarem experiências emocionais intensas como raiva ou alegria. Apresentam com frequência afetividade restringida e aparentam frieza e distanciamento. Contudo, nas muito raras circunstâncias em que estes indivíduos se sentem pelo menos temporariamente confiantes em se revelarem, podem mostrar que possuem sentimentos dolorosos, em particular relacionados com interações sociais.

A perturbação esquizoide da personalidade não deve ser diagnosticada se o padrão de comportamento ocorrer em exclusivo durante o curso de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas, outra perturbação psicótica ou uma perturbação do espectro do autismo, ou se for devida aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição neurológica (por exemplo, epilepsia do lobo temporal) ou de outra condição médica (Critério B).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação esquizoide da personalidade podem mostrar dificuldades particulares em expressar raiva, mesmo em resposta à provocação direta, o que contribui para a impressão de ausência de emoções. As suas vidas algumas vezes parecem não direcionadas e podem aparentar «andarem à deriva» nos seus objetivos. Estes indivíduos reagem com frequência de forma passiva às circunstâncias adversas e têm dificuldade em responder de forma adequada aos acontecimentos de vida importantes. Devido à sua falta de aptidões sociais e ausência de desejo de experiências sexuais, os indivíduos com esta perturbação têm poucos amigos, namoram pouco e com frequência não casam. O funcionamento ocupacional pode estar diminuído, particularmente se é exigido envolvimento interpessoal, mas os indivíduos com esta perturbação podem ter um bom desempenho quando trabalham em condições de isolamento social. Particularmente em resposta ao stress, os indivíduos com esta perturbação podem experimentar episódios psicóticos muito breves (de minutos a horas). Nalguns casos a perturbação esquizoide da personalidade pode aparecer como antecedente pré-mórbido de esquizofrenia ou de perturbação delirante. Os indivíduos com esta perturbação podem desenvolver algumas vezes uma perturbação depressiva major. A perturbação esquizoide da personalidade pode coexistir com as perturbações esquizotípica, paranoide e evitante da personalidade.

Prevalência

A perturbação esquizoide da personalidade é pouco comum em meio clínico. A prevalência estimada para personalidade esquizoide baseada na probabilidade da subamostra da Parte

II do *National Comorbidity Survey Replication* é de 4,9%. Dados de 2001 a 2002 do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* sugerem uma prevalência de 3,1%.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação esquizoide da personalidade pode começar a ser observada na infância e adolescência com solidão, mau relacionamento com os companheiros e mau aproveitamento escolar, que estigmatizam estes indivíduos e os transformam em motivo de troça.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perturbação esquizoide da personalidade pode ter uma prevalência aumentada nos familiares de indivíduos com esquizofrenia ou perturbação esquizotípica da personalidade.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Indivíduos de uma variedade de contextos culturais exibem por vezes comportamentos defensivos e estilos interpessoais que podem erroneamente ser rotulados como «esquizoides». Por exemplo, os que se mudaram de ambientes rurais para ambientes metropolitanos podem reagir com «congelamento emocional» que pode durar vários meses e manifestar-se com atividades solitárias, afetos restringidos e outros défices de comunicação. Imigrantes de outros países são por vezes erroneamente percebidos como frios, hostis ou indiferentes.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação esquizoide da personalidade é ligeiramente mais frequente no género masculino e pode causar nele maior défice.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais com sintomas psicóticos. A perturbação esquizoide da personalidade pode ser distinguida da perturbação delirante, esquizofrenia e perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas porque todas estas perturbações são caracterizadas por um período de sintomas psicóticos persistentes (por exemplo, delírios e alucinações). Para se fazer um diagnóstico adicional de perturbação esquizoide da personalidade, é necessário que a perturbação da personalidade seja anterior ao início da sintomatologia psicótica e persista após a sua remissão. Quando um indivíduo tem uma perturbação psicótica persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi precedida por uma perturbação esquizoide da personalidade, esta também deve ser registada seguida da designação de «pré-mórbida» entre parênteses.

Perturbação do espectro do autismo. Pode haver grande dificuldade em diferenciar os indivíduos com perturbação esquizoide da personalidade dos indivíduos com formas ligeiras de perturbação do espectro do autismo, que podem ser diferenciadas por uma diminuição mais grave das interações sociais e por comportamentos e interesses estereotipados.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação esquizoide da personalidade deve ser distinguida da alteração da personalidade devida a outra condição médica, na qual os traços emergentes são atribuíveis aos efeitos diretos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação esquizoide da personalidade deve também ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Outras perturbações da personalidade e traços da personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação esquizoide da personalidade porque possuem algumas características em comum. É, por isso, importante distinguir entre estas perturbações com base nas diferenças das suas características específicas. Contudo, se um indivíduo tiver características da personalidade que preencham os critérios para mais perturbações da personalidade para além da perturbação esquizoide da personalidade, todas elas podem ser diagnosticadas. Apesar de o isolamento social e a restrição dos afetos serem comuns às perturbações esquizoide, esquizotípica e paranoide da personalidade, a perturbação da personalidade esquizoide pode ser distinguida da perturbação esquizotípica pela ausência de distorções cognitivas e percetivas, e da perturbação paranoide da personalidade, pela ausência de suspeição e de ideação paranoide. O isolamento social da perturbação esquizoide da personalidade pode ser distinguido do da perturbação evitante da personalidade, que é atribuível ao medo de ser envergonhado ou considerado inapto pela excessiva antecipação da rejeição. Em contraste, os indivíduos com perturbação esquizoide da personalidade têm um desprendimento mais global e um desejo limitado de intimidade social. Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade podem possuir um aparente desprendimento social proveniente de devoção ao trabalho e de desconforto emocional, mas mantêm uma capacidade subjacente para a intimidade.

Os indivíduos mais «solitários» podem mostrar traços que sejam considerados esquizoides. Somente quando estes traços são inflexíveis e desadaptativos e causam défice funcional ou mal-estar subjetivo significativos é que constituem perturbação esquizoide da personalidade.

Perturbação Esquizotípica da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.22 (F21)

A. Padrão global de défices sociais e interpessoais marcados por desconforto agudo e reduzida capacidade para relações de proximidade, bem como por distorções cognitivas ou percetivas e excentricidades do comportamento, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes:

1. Ideias de referência (excluindo ideias delirantes de referência).
2. Crenças bizarras ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais (por exemplo, superstições, crença na clarividência, telepatia ou «sexto sentido»; em crianças ou adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras).
3. Experiências percetivas pouco habituais, incluindo ilusões corporais.
4. Pensamento e discurso bizarros (por exemplo, vago, circunstanciado, metafórico, sobreelaborado ou estereotipado).
5. Desconfiança ou ideação paranoide.
6. Inadequação ou restrição do afeto.
7. Comportamento ou aparência bizarra, excêntrica ou peculiar.
8. Ausência de amigos íntimos ou confidentes para além de familiares de primeiro grau.

9. Ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a ser associada a receios paranoides e não a juízos negativos acerca de si próprio.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas, outra perturbação psicótica ou uma perturbação do espectro do autismo e não é devida aos efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica.

Nota. Se forem preenchidos os critérios anteriormente ao início de esquizofrenia acrescentar «pré-mórbida», por exemplo, «perturbação esquizotípica da personalidade (pré-mórbida)».

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação esquizotípica da personalidade é um padrão invasivo de défice social e interpessoal, marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relações de proximidade, bem como distorções das funções cognitivas e percetivas e comportamento excêntrico. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com perturbação esquizotípica da personalidade têm com frequência ideias de referência (isto é, interpretações incorretas de incidentes e acontecimentos externos comuns como se estes tivessem um significado particular e invulgar, para o indivíduo em especial) (Critério A1). Estas devem ser distinguidas das ideias delirantes de referência, nas quais as crenças são mantidas com convicção delirante. Estes indivíduos podem ser supersticiosos ou ter preocupações com fenómenos paranormais que se encontram para além das normas da sua subcultura (critério A2). Podem sentir poderes especiais para antecipar acontecimentos ou capacidade para ler o pensamento dos outros. Podem acreditar que possuem um controlo mágico sobre os outros, o qual pode ser diretamente implementado (por exemplo, acreditando que a ida do cônjuge com o cão à rua resultou de ter pensado uma hora antes que tal deveria ser feito), ou indiretamente através da prática de rituais mágicos (por exemplo, passar três vezes pelo mesmo objeto para evitar um mal futuro). Podem existir alterações percetivas (por exemplo, sentir que alguém está presente ou ouvir uma voz mur murar o próprio nome) (Critério A3). O discurso destes indivíduos pode incluir um fraseado e construção inabituais ou idiossincráticos. São com frequência perdulários, digressivos ou vagos, mas sem descarrilamento ou incoerência efetivos (Critério A4). As respostas podem ser absolutamente concretas ou absolutamente abstratas e as palavras ou conceitos são por vezes aplicados de formas inabituais (por exemplo, a pessoa pode determinar não estar «falável» no trabalho).

Os indivíduos com esta perturbação são com frequência desconfiados e podem ter ideação paranoide (por exemplo, acreditando que os colegas tencionam denegrir a sua reputação junto do patrão) (Critério A5). Em regra não são capazes de captar uma gama variada de emoções e subtilezas interpessoais necessárias ao êxito relacional, interagindo muitas vezes de forma inapropriada, rígida e restrita (Critério A6). Estes indivíduos são com frequência considerados bizarros ou excêntricos pelos seus maneirismos invulgares, pela forma descuidada de vestir «sem condizer» e pela desatenção às convenções sociais habituais (por exemplo, a pessoa evita o contacto ocular, veste roupa suja e que não assenta bem, e mostra-se incapaz de participar nas brincadeiras com colegas) (Critério A7).

Os indivíduos com perturbação esquizotípica da personalidade vivenciam o relacionamento interpessoal como problemático e sentem desconforto nas relações com os outros. Apesar de poderem expressar infelicidade pela ausência de relações, o seu comportamento

não indica desejo de contactos íntimos. Em consequência, têm poucos ou nenhuns amigos íntimos ou confidentes para além de um familiar de primeiro grau (Critério A8). Ficam ansiosos em situações sociais, particularmente as que envolvem pessoas desconhecidas (Critério A9). Interagem com os outros indivíduos quando são obrigados a tal, mas preferem a reserva relacional porque sentem ser diferentes e não «encaixarem». A sua ansiedade social não se reduz com facilidade, mesmo quando passam mais tempo num contexto ou aumentam a familiaridade com outros indivíduos, porque a sua ansiedade se associa a desconfiança sobre as motivações dos outros. Por exemplo, numa festa, o indivíduo com perturbação esquizotípica da personalidade não fica mais relaxado à medida que o tempo passa, e pode até ficar muito mais tenso e desconfiado.

A perturbação esquizotípica da personalidade não deve ser diagnosticada se o padrão de comportamento ocorrer exclusivamente durante a evolução de esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas, outra perturbação psicótica, ou perturbação do espectro do autismo (Critério B).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação esquizotípica da personalidade procuram mais frequentemente tratamento para sintomas associados de ansiedade e depressão do que para a perturbação de personalidade *per se*. Em particular em resposta ao stress, os indivíduos com esta perturbação podem sofrer episódios psicóticos transitórios (que duram de minutos a horas), apesar de em regra terem duração insuficiente para se estabelecer o diagnóstico adicional de perturbação psicótica breve ou perturbação esquizofreniforme. Nalguns casos, os sintomas psicóticos clinicamente significativos podem preencher critérios para perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou esquizofrenia. Cerca de metade pode ter história de pelo menos 1 episódio depressivo major. Entre 30% e 50% dos indivíduos diagnosticados com esta perturbação têm um diagnóstico concomitante de perturbação depressiva major quando observados clinicamente. Há uma comorbilidade considerável com perturbação esquizoide, paranoide, evitante e estado-limite (*borderline*) da personalidade.

Prevalência

Em estudos da comunidade da perturbação esquizotípica da personalidade são reportados valores de prevalência de 0,6% em amostras da Noruega até 4,6% em amostras da comunidade nos EUA. A prevalência da perturbação esquizotípica da personalidade na população clínica parece ser pouco frequente (0%-1,9%), com prevalências estimadas mais elevadas na população geral (3,9%) encontradas no *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação esquizotípica da personalidade tem uma evolução relativamente estável com apenas uma pequena percentagem de indivíduos a desenvolver esquizofrenia ou outra perturbação psicótica. A perturbação esquizotípica da personalidade pode começar por se tornar patente na infância e adolescência com solidão, relacionamento empobrecido com os pares, ansiedade social, insucesso escolar, hipersensibilidade, pensamento e linguagem peculiares e fantasias bizarras. Estas crianças podem parecer «bizarras» ou «excêntricas» e serem alvo de troça.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perturbação esquizotípica da personalidade parece agregar-se familiarmente e é mais prevalente entre os familiares biológicos em primeiro grau dos indivíduos com esquizofrenia do que na população geral. Pode também haver um modesto aumento de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas nos familiares dos indivíduos com perturbação esquizotípica da personalidade.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As distorções cognitivas e percetivas devem ser avaliadas no contexto cultural do indivíduo. Características globais determinadas culturalmente, em particular as associadas com crenças e rituais religiosos, podem aparentar ser esquizotípicas a um observador não informado (por exemplo, *voodoo*, vida para além da morte, xamanismo, leitura do pensamento, sexto sentido, olho maléfico e crenças mágicas sobre saúde e doença).

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação esquizotípica da personalidade é ligeiramente mais frequente nos homens.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais com sintomas psicóticos. A perturbação esquizotípica da personalidade pode ser distinguida da perturbação delirante, esquizofrenia e perturbação bipolar ou depressiva com características psicóticas porque todas estas perturbações são caracterizadas por um período de sintomas psicóticos persistentes (por exemplo, ideias delirantes e alucinações). Para se fazer o diagnóstico adicional de perturbação esquizotípica da personalidade, é necessário que a perturbação da personalidade seja anterior ao início da sintomatologia psicótica e persista após a sua remissão. Quando uma pessoa tem uma perturbação psicótica persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi precedida por uma perturbação esquizotípica da personalidade, esta também deve ser registada seguida da designação de «pré-mórbida» entre parênteses.

Perturbações do neurodesenvolvimento. Pode haver grande dificuldade em diferenciar crianças com perturbação esquizotípica da personalidade do grupo heterogéneo de crianças solitárias, bizarras, cujo comportamento se caracteriza por isolamento social marcado, excentricidade ou linguagem peculiar e cujos diagnósticos incluem provavelmente formas ligeiras de perturbação do espectro do autismo ou perturbações da comunicação da linguagem. As perturbações da comunicação podem ser distinguidas pela primazia e gravidade da perturbação da linguagem e pelos sintomas característicos de diminuição da capacidade da linguagem detetada em avaliações de linguagem especializadas. As formas ligeiras de perturbação do espectro do autismo são distinguíveis pela grande ausência de consciência social e reciprocidade emocional, bem como pelos comportamentos e interesses estereotipados.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação esquizotípica da personalidade deve ser distinguida da alteração da personalidade devida a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações relacionadas com o consumo de substâncias. A perturbação esquizotípica da personalidade deve também ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso crónico de substâncias.

Outras perturbações da personalidade e traços da personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação esquizotípica da personalidade porque possuem algumas características comuns. É, por isso, importante distinguir entre estas perturbações com base nas diferenças das suas características específicas. Contudo, se o indivíduo tiver características da personalidade que preencham os critérios para mais perturbações da personalidade para além da perturbação esquizotípica da personalidade, todas elas podem ser diagnosticadas. Apesar de as perturbações paranoide e esquizoide da personalidade poderem caracterizar-se por afastamento social e restrição afetiva, a perturbação esquizotípica da personalidade pode ser distinguida destes dois diagnósticos pela presença de distorções cognitivas e percetivas e pela excentricidade e bizarria marcadas. As relações de proximidade são limitadas tanto na perturbação esquizotípica da personalidade como na perturbação evitante da personalidade; contudo, na perturbação evitante da personalidade há um desejo ativo de relacionamentos, contrariado pelo medo da rejeição, enquanto na perturbação esquizotípica da personalidade não há desejo de relacionamento e persiste o desprendimento. Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade podem demonstrar desconfiança, retraimento social ou alienação, mas na perturbação narcísica da personalidade estas características derivam primariamente do medo de ver reveladas imperfeições e defeitos. Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade podem apresentar também sintomas de tipo psicótico transitórios, mas estes estão mais habitualmente relacionados com alterações afetivas em resposta ao stress (por exemplo, cólera, ansiedade ou desapontamento extremos). Ao contrário, os indivíduos com perturbação esquizotípica da personalidade são mais vulneráveis à presença de sintomas de tipo psicótico duradouros que podem piorar com o stress, mas talvez menos invariavelmente associados com sintomas afetivos pronunciados. Apesar de o isolamento social poder ocorrer na perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, este é em regra secundário a falhanços interpessoais repetidos devidos a explosões de cólera e frequentes alterações do humor, mais do que em resultado da ausência persistente de contactos sociais e desejo de intimidade. Além disso, os indivíduos com perturbação esquizotípica da personalidade não demonstram em regra os comportamentos impulsivos e manipuladores dos indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Contudo há uma taxa elevada de comorbilidade entre estas duas perturbações, pelo que tais distinções nem sempre são exequíveis. As características esquizotípicas durante a adolescência podem ser reflexo da turbulência emocional transitória e não uma perturbação da personalidade duradoura.

Perturbações da Personalidade do Grupo B

Perturbação Antissocial da Personalidade

Critérios de Diagnóstico — 301.7 (F60.2)

A. Padrão global de desrespeito e violação dos direitos dos outros ocorrendo desde os 15 anos, como indicado por 3 (ou mais) dos seguintes:

1. Incapacidade para se conformar com as normas sociais no que diz respeito a comportamentos legais, como indicado por atos repetidos que são motivo de detenção.

2. Falsidade, como indicado por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou enganar os outros para obter lucro ou prazer.
3. Impulsividade ou incapacidade para planear antecipadamente.
4. Irritabilidade e agressividade, como indicado por conflitos e lutas físicas repetidos.
5. Desrespeito temerário pela segurança de si próprio e dos outros.
6. Irresponsabilidade consistente, como indicado pela incapacidade repetida para manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras.
7. Ausência de remorso, como indicado pela indiferença ou racionalização sobre ter magoado, maltratado ou roubado alguém.

B. O indivíduo tem pelo menos 18 anos.
C. Existe evidência de perturbação do comportamento com início antes dos 15 anos.
D. A ocorrência de comportamento antissocial não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou de perturbação bipolar.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação antissocial da personalidade é um padrão global de menosprezo e violação dos direitos dos outros, que se inicia na infância ou adolescência precoce e continua na idade adulta. Este padrão tem sido também designado como psicopatia, sociopatia ou perturbação dissocial da personalidade. Dado que a fraude e a manipulação são características centrais da perturbação antissocial da personalidade, pode ser especialmente útil integrar informação dos dados clínicos com a informação colhida noutras fontes.

Para estabelecer este diagnóstico, o indivíduo tem de ter pelo menos 18 anos (Critério B) e ter tido uma história de alguns sintomas de perturbação do comportamento antes dos 15 anos (Critério C). A perturbação do comportamento inclui um padrão persistente e repetitivo de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas sociais adequadas à idade são violados. As características comportamentais específicas da perturbação do comportamento subdividem-se em 4 categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo, ou violação grave das normas.

O padrão de comportamento antissocial continua na idade adulta. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade não se conformam com as normas sociais no que diz respeito ao comportamento legal (Critério A1). Podem ter comportamentos repetidos que justifiquem detenção (quer ela ocorra ou não), como destruição de propriedade, incomodar os outros, roubar ou prosseguir atividades ilegais. Os indivíduos com esta perturbação desprezam os desejos, direitos ou sentimentos dos outros. São com frequência fraudulentos e manipuladores com vista a obterem lucro pessoal ou prazer (por exemplo, para obterem dinheiro, sexo ou poder) (Critério A2). Podem mentir repetidamente, usar nomes falsos, enganar os outros ou simular. Pode ser manifestado um padrão de impulsividade através de falta de planeamento antecipado (Critério A3). As decisões são tomadas por impulsos momentâneos, sem premeditação e sem consideração pelas consequências nos outros ou em si próprios; isto pode levar a súbitas mudanças de emprego, residência ou relacionamentos. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade tendem a ser irritáveis e agressivos e podem envolver-se repetidamente em lutas físicas ou cometer atos de violência física (incluindo agressões ao cônjuge e aos filhos) (Critério A4). (Os atos agressivos necessários à defesa pessoal ou dos outros não se devem considerar como evidência deste critério.) Estes indivíduos demonstram um desprezo irrefletido pela segurança pessoal ou dos outros

(Critério A5). Isto pode ser evidenciado na sua forma de conduzir (excesso de velocidade, condução enquanto intoxicado, acidentes múltiplos). Podem envolver-se em comportamento sexual ou abuso de substâncias com risco elevado de consequências perigosas. Podem negligenciar os filhos ao ponto de os colocarem em perigo.

Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade tendem também a ser extrema e consistentemente irresponsáveis (Critério A6). O comportamento irresponsável no trabalho pode ser indiciado por períodos significativos de desemprego, apesar da existência de oportunidades de emprego ou pelo abandono de vários empregos sem plano realista para obter outro. Pode também haver um padrão de faltas repetidas ao trabalho que não são explicadas por doença própria ou de familiares. A irresponsabilidade financeira pode ser demonstrada pelo não pagamento de dívidas, não satisfação regular de obrigações financeiras de apoio aos filhos ou de outros indivíduos dependentes. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade mostram pouco remorso pelas consequências dos seus atos (Critério A7). Podem ser indiferentes ou providenciar racionalizações superficiais por magoar, maltratar ou roubar alguém (por exemplo, «a vida é injusta» ou «os perdedores merecem a sua sorte»). Podem culpar as vítimas por serem tolas, frágeis ou merecerem o seu destino (por exemplo, «iria acontecer de qualquer maneira»), podem minimizar as consequências perigosas dos seus atos ou mostrar completa indiferença. Em geral falham em compensar ou emendar o seu comportamento. Podem acreditar que toda a gente está ao seu dispor e que nada deve detê-los no seu caminho.

O comportamento antissocial não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou de perturbação bipolar (Critério D).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade têm com frequência falta de empatia e tendem a ser insensíveis, cínicos e a desprezar os sentimentos, direitos e sofrimentos dos outros. Podem ter uma autoestima inchada ou arrogante (por exemplo, sentem que o trabalho comum está abaixo das suas capacidades ou não têm uma preocupação realista com os seus problemas atuais ou com o seu futuro), e serem intensamente opinativos, convencidos e pretensiosos. Podem demonstrar um encanto superficial e aligeirado e ser volúveis e ter verbalização fácil (por exemplo, usando termos técnicos ou linguagem de jargão que pode impressionar alguém que não está familiarizado com os tópicos). Ausência de empatia, autoestima elevada e charme superficial são características habitualmente incluídas nas conceções tradicionais de psicopatia e podem ser particularmente distintivas da perturbação e mais preditivos de recidiva na prisão ou nos contextos forenses onde os atos criminais, delinquentes e agressivos podem não ser específicos. Estes indivíduos podem ser irresponsáveis e tirarem partido dos seus relacionamentos sexuais. Podem ter uma história de múltiplos parceiros sexuais e nunca conseguirem manter uma relação monogâmica. Podem ser irresponsáveis como pais, como é evidenciado pela desnutrição dos filhos, doenças dos filhos por ausência de cuidados mínimos de higiene, transferência dos cuidados e alimentação dos filhos para os vizinhos e familiares que residem na mesma casa, incapacidade para obter cuidados para os filhos pequenos quando ausentes ou esbanjamento do dinheiro necessário para a casa. Podem ser expulsos desonrosamente das forças armadas, não conseguir manter-se, podem empobrecer ou mesmo ficar sem abrigo ou passar muitos anos em instituições penais. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade têm maior probabilidade de morrer prematuramente de morte violenta do que a população geral (por exemplo, por suicídio, acidentes e homicídios).

Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade podem também vivenciar disforia, incluindo queixas de tensão, incapacidade para tolerar aborrecimentos e humor depressivo. Podem ter associadas perturbações da ansiedade, perturbações depressivas, perturbações de uso de substâncias, perturbação de sintomas somáticos, perturbação de jogo patológico, e outras perturbações do controlo dos impulsos. Indivíduos com perturbação antissocial da personalidade têm também com frequência características que cumprem critérios de diagnóstico para outras perturbações da personalidade, particularmente estado-limite (*borderline*), histriónica e narcísica. A probabilidade de desenvolver perturbação antissocial da personalidade na idade adulta aumenta se o indivíduo experienciou uma perturbação do comportamento de tipo início na infância (antes dos 10 anos) acompanhada por perturbação de hiperatividade/défice de atenção. O abuso ou negligência da criança, a instabilidade parental e a disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de uma perturbação do comportamento evoluir para perturbação antissocial da personalidade.

Prevalência

As taxas de prevalência a 12 meses, para a perturbação antissocial da personalidade, usando os critérios do anterior DSM encontram-se entre 0,2% e 3,3%. A prevalência mais elevada de perturbação antissocial da personalidade (superior a 70%) encontra-se entre várias amostras de homens com perturbação de uso de álcool e em clínicas de abuso de substâncias, prisões e outros contextos forenses. A prevalência é maior em amostras de indivíduos afetados por fatores socioeconómicos (por exemplo, pobreza) ou socioculturais (por exemplo, migração) adversos.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação antissocial da personalidade tem uma evolução crónica, mas pode tornar-se menos evidente ou remitir com a idade, em particular na quarta década de vida. Apesar de esta remissão ser particularmente evidente no que diz respeito ao comportamento criminal, há tendência para a redução de todo o espectro de comportamentos antissociais e uso de substâncias. Por definição, o diagnóstico de perturbação antissocial da personalidade não pode ser feito antes dos 18 anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perturbação antissocial da personalidade é mais comum entre os familiares biológicos em primeiro grau com doença do que na população geral. O risco para familiares biológicos de mulheres com a perturbação é maior do que o risco dos familiares dos homens com a perturbação. Os familiares biológicos de indivíduos com esta perturbação têm também um risco aumentado para perturbação de sintomas somáticos, perturbação de uso de substâncias. Numa família com um membro com perturbação antissocial da personalidade, os homens têm com mais frequência perturbação antissocial da personalidade e perturbações de uso de substâncias enquanto as mulheres têm com mais frequência perturbação de sintomas somáticos. Contudo, em tais famílias, há um aumento na prevalência destas perturbações em ambos os sexos, em comparação com a população geral. Estudos de adoção apontam para a coexistência de fatores genéticos e ambientais a contribuir para o risco de desenvolver perturbação antissocial da personalidade. Tanto crianças adotadas como filhos biológicos de pais com perturbação antissocial da personalidade têm um risco aumentado de

desenvolver perturbação antissocial da personalidade, perturbação de sintomas somáticos e perturbações de uso de substâncias. As crianças adotadas parecem-se mais com os seus pais biológicos do que com os pais adotivos, mas o ambiente da família adotiva influencia o risco de desenvolver uma perturbação da personalidade e psicopatologia associada.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

A perturbação antissocial da personalidade parece estar associada a baixo estatuto socioeconómico e ambientes urbanos. Têm sido levantadas preocupações com o facto de o diagnóstico poder, por vezes, ser erradamente aplicado a indivíduos em circunstâncias nas quais o comportamento antissocial pode aparentemente fazer parte da estratégia adaptativa de sobrevivência. Ao avaliar os traços de personalidade, é útil para o clínico considerar o contexto social e económico no qual os comportamentos ocorrem.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação antissocial da personalidade é muito mais frequente no sexo masculino do que no feminino. Tem havido alguma preocupação com o facto de a perturbação antissocial da personalidade estar a ser subdiagnosticada no sexo feminino, particularmente pela ênfase colocada nos critérios de agressividade da definição de perturbação do comportamento.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de perturbação antissocial da personalidade não é dado antes dos 18 anos e só é estabelecido se houver uma história de sintomas de perturbação do comportamento antes dos 15 anos. Para os indivíduos acima dos 18 anos, o diagnóstico de perturbação do comportamento só é dado se não forem preenchidos os critérios para perturbação antissocial da personalidade.

Perturbação de uso de substâncias. Quando o comportamento antissocial no adulto está relacionado com uma perturbação de uso de substâncias, o diagnóstico de perturbação antissocial da personalidade não deve ser feito, a menos que os sinais da perturbação já estejam presentes na infância e continuem na idade adulta. Quando o uso de substâncias e o comportamento antissocial começam ambos na infância e continuam até à idade adulta, ambos os diagnósticos de perturbação antissocial da personalidade e perturbação de uso de substâncias devem ser dados se forem preenchidos os critérios para as duas, mesmo que muitos atos antissociais sejam consequência da perturbação de uso de substâncias (por exemplo, vender drogas ilegais ou roubar para obter dinheiro para drogas).

Esquizofrenia e perturbação bipolar. O comportamento antissocial que ocorra exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou perturbação bipolar não deve ser diagnosticado como perturbação antissocial da personalidade.

Outras perturbações da personalidade. Há outras perturbações da personalidade que podem ser confundidas com perturbação antissocial da personalidade pela existência de certas características em comum. É, por isso, importante distinguir entre estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se uma pessoa tiver características de personalidade que preencham critérios para mais do que uma perturbação da personalidade, todas podem ser diagnosticadas. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade e perturbação narcísica da personalidade partilham a tendência para serem insubordinados, volúveis, superficiais, aproveitadores e não possuírem empatia. Contudo,

a perturbação narcísica da personalidade não inclui características de impulsividade, agressividade e engano. Para além disso, os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade podem não ter tanta necessidade de admiração ou inveja dos outros, e os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade não têm história de perturbação do comportamento na infância ou um comportamento criminoso enquanto adultos. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade e perturbação histriónica da personalidade partilham a tendência para serem impulsivos, superficiais, procurarem a excitação, serem inquietos, sedutores e manipuladores, mas os que têm perturbação histriónica da personalidade tendem a exagerar mais as emoções e em geral não se envolvem em comportamento antissociais. Os indivíduos com perturbação histriónica e estado-limite (*borderline*) da personalidade são manipuladores para obterem atenções, enquanto os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade são-no para obter lucro, poder ou outra gratificação material. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade tendem a ser menos instáveis emocionalmente e mais agressivos do que os que apresentam perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Apesar de o comportamento antissocial poder existir nalguns indivíduos com perturbação paranoide da personalidade, ele não é em regra motivado pelo desejo de ganho pessoal ou para tirar partido dos outros como na perturbação antissocial da personalidade, sendo com mais frequência atribuível a desejos de vingança.

Comportamento criminoso não associado a perturbação da personalidade. A perturbação antissocial da personalidade deve ser distinguida do comportamento criminoso realizado com vista ao ganho que não é acompanhado pelos sintomas característicos desta perturbação. Só quando os traços antissociais da personalidade são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam défice funcional ou mal-estar subjetivo significativo é que constituem perturbação antissocial da personalidade.

Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.83 (F60.3)

Padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e impulsividade marcada começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado. (**Nota**. Não incluir os comportamentos suicidas ou automutilantes descritos no Critério 5.)
2. Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado por alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: autoimagem ou sentimento de si próprio marcados e persistentemente instáveis.
4. Impulsividade pelo menos em 2 áreas que são potencialmente autolesivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução imprudente, ingestão alimentar compulsiva). (**Nota**. Não incluir os comportamentos suicidas ou automutilantes descritos no Critério 5.)
5. Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, em regra durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias).

7. Sentimento crónico de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlar a raiva (por exemplo, demonstrações frequentes de temperamento, raiva constante, lutas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é um padrão invasivo de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e impulsividade marcada com início na idade adulta e está presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade fazem esforços frenéticos para evitar o abandono, seja real ou imaginado (Critério 1). A perceção da iminência da separação ou rejeição, ou a perda da estrutura externa, podem levar a profundas alterações na autoimagem, afeto, cognição e comportamento. Estes indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais. Vivenciam medos intensos de abandono e uma raiva inapropriada, até mesmo face a uma situação de separação limitada no tempo ou quando há uma inevitável mudança de planos (por exemplo, desespero súbito em reação ao anúncio do fim da consulta; pânico ou fúria quando alguém que consideram importante está ligeiramente atrasado ou cancela um encontro). Estes indivíduos podem acreditar que este «abandono» implica que eles são «maus». Estes medos de abandono estão associados a uma intolerância a estarem sozinhos e à necessidade de terem outros indivíduos próximos de si. Os seus esforços frenéticos para evitar o abandono podem incluir atos impulsivos, tais como automutilação ou comportamentos suicidas, que são descritos separadamente no Critério 5.

Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade têm um padrão de relacionamentos instável e intenso (Critério 2). Podem idealizar amantes ou cuidadores potenciais no primeiro ou segundo encontros, exigir que passem muito tempo juntos e que partilhem os pormenores mais íntimos logo no início da relação. Contudo, podem mudar com rapidez da idealização para a desvalorização, sentindo que os outros não os acarinham, não lhes dão ou não «estão» o suficiente. Estes indivíduos podem enfatizar ou acarinhar outros indivíduos, mas apenas na expectativa de que os outros «estão lá» para dar resposta às suas próprias necessidades e exigências. Estes indivíduos têm propensão para alterações súbitas e dramáticas na sua visão dos outros, que podem ser vistos alternativamente como bons suportes ou como punidores cruéis. Estas alterações refletem muitas vezes a desilusão com alguém cujas qualidades de apoio foram idealizadas ou cuja rejeição ou abandono são esperados.

Pode haver uma perturbação da identidade caracterizada por uma marcada e persistente instabilidade da autoimagem ou sentido de si próprio (Critério 3). Há alterações súbitas e dramáticas na autoimagem, caracterizadas por alterações de objetivos, valores e aspirações vocacionais. Pode haver alterações súbitas na opinião acerca da carreira, identidade sexual, valores e tipos de amigos. Estes indivíduos podem subitamente mudar de um papel de necessitado suplicante por ajuda para outro de justiceiro de maus-tratos passados. Apesar de terem com frequência uma autoimagem baseada em serem bons ou maus, os indivíduos com esta perturbação podem por vezes sentir que pura e simplesmente não existem. Estas experiências ocorrem em regra em situações nas quais sentem a falta de uma relação, cuidados e apoio significativos. Podem mostrar baixo rendimento na escola ou emprego não estruturado.

Os indivíduos com esta perturbação podem demonstrar impulsividade em pelo menos 2 áreas potencialmente autodestrutivas (Critério 4). Podem apostar no jogo, gastar dinheiro irresponsavelmente, fazer ingestão alimentar compulsiva, abusar de substâncias, envolverem-se em relacionamentos sexuais de risco ou conduzir imprudentemente. Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade mostram comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças ou comportamento automutilante (Critério 5). O suicídio consumado ocorre em 8%-10% destes indivíduos, enquanto os atos de automutilação (por exemplo, cortes ou queimaduras) e tentativas e ameaças de suicídio são muito frequentes. As tentativas de suicídio recorrentes são com frequência o motivo do pedido de ajuda. Estes atos autodestrutivos são em regra precipitados por ameaças de separação ou rejeição, ou por expectativas de aumento de responsabilidade. A automutilação pode ocorrer durante experiências dissociativas e muitas vezes trazem alívio por reafirmarem a capacidade de sentir ou para expiarem o sentimento que os indivíduos têm de serem maus.

Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade podem mostrar instabilidade afetiva devida a reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, com frequência durando poucas horas, ou raramente mais do que alguns dias) (Critério 6). O humor disfórico de base dos indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é em regra quebrado por períodos de raiva, pânico ou desespero e raramente aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação. Estes episódios podem refletir a reatividade individual extrema ao stress interpessoal. Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade podem ser perturbados por sentimentos crónicos de vazio (Critério 7). Facilmente aborrecidos, estão constantemente à procura de alguma coisa para fazer. Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade expressam com frequência raiva intensa e inapropriada ou têm grande dificuldade em controlá-la (Critério 8). Podem exibir sarcasmo extremo, mordacidade continuada ou explosões verbais. A raiva pode ser despertada quando um cuidador ou amante é considerado negligente, um estorvo, pouco cuidadoso ou abandónico. Estas expressões de raiva são em regra seguidas de vergonha e culpa e contribuem para sentirem que foram malévolos. Durante os períodos de stress extremo pode ocorrer ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos (por exemplo, despersonalização) (Critério 9), mas estes são em geral de gravidade ou duração insuficientes para se estabelecer um diagnóstico adicional. Estes episódios surgem com mais frequência como resposta ao abandono real ou imaginado. Os sintomas tendem a ser transitórios, durando minutos ou horas. O retorno real ou percebido da pessoa pode resultar na sua remissão.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade podem ter um padrão de rotura consigo próprios quando um objetivo está à beira de se concretizar (por exemplo, abandonar a escola imediatamente antes da graduação, apresentar uma grave regressão após uma discussão sobre a evolução positiva da terapia, destruir um bom relacionamento no preciso momento em que é claro que este pode perdurar). Alguns indivíduos com esta perturbação desenvolvem sintomas de tipo psicótico (por exemplo, alucinações, distorções da imagem corporal, ideias de referência e fenómenos hipnagógicos) durante períodos de stress. Os indivíduos com esta perturbação sentem-se mais seguros com objetos transicionais (por exemplo um animal de estimação ou objeto pessoal inanimado) do que na relação interpessoal. A morte prematura por suicídio pode ocorrer nos indivíduos com esta perturbação em especial naqueles com coocorrência da perturbação depressiva ou

perturbação de uso de substâncias. Podem resultar incapacidades físicas pelo abuso dos comportamentos autolesivos ou pelas tentativas de suicídio. São frequentes os despedimentos recorrentes, as interrupções escolares e as separações ou os divórcios. Na história infantil destes indivíduos são mais frequentes os relatos de abuso físico e sexual, negligência, confiitos violentos e perda parental precoce. As perturbações coocorrentes comuns incluem perturbação depressiva ou bipolar, perturbação de uso de substâncias, perturbações alimentares (particularmente bulimia nervosa), perturbação de stress pós-traumático e perturbações de hiperatividade/défice de atenção. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade também coocorre com frequência com outras perturbações da personalidade.

Prevalência

A prevalência mediana de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade na população é estimada em 1,6%, mas pode ser tão elevada como 5,9%. A prevalência da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é de cerca de 6% nos cuidados primários de saúde, cerca de 10% dos doentes observados no contexto de serviços de saúde mental e cerca de 20% entre doentes internados em serviços de psiquiatria. A prevalência de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade pode diminuir em grupos com idades mais elevadas.

Desenvolvimento e Curso

Há uma variabilidade considerável na evolução da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. O padrão mais comum é de instabilidade crónica no início da idade adulta, com episódios graves de descontrolo da afetividade e dos impulsos e níveis elevados de utilização dos recursos de saúde geral e mental. A incapacidade proveniente da perturbação e o risco de suicídio são maiores no início da idade adulta, desvanecendo-se gradualmente com o avanço da idade. Embora a tendência para as emoções intensas, a impulsividade e a intensidade dos relacionamentos dure muitas vezes toda a vida, os indivíduos que se empenham na intervenção terapêutica mostram muitas vezes melhorias com início com frequência durante o primeiro ano. Durante a terceira e a quarta décadas de vida, a maioria dos indivíduos com esta perturbação atinge uma maior estabilidade nos seus relacionamentos e no funcionamento vocacional. Estudos de seguimento de indivíduos identificados em clínicas ambulatórias de saúde mental indicam que, ao fim de 10 anos, cerca de metade dos indivíduos já não tem um padrão de comportamento que preencha os critérios completos de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é cerca de 5 vezes mais frequente nos familiares biológicos em primeiro grau dos indivíduos com perturbação do que na população geral. Há também um aumento do risco familiar para perturbações de uso de substâncias, perturbação antissocial da personalidade e perturbação depressiva ou bipolar.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O padrão de comportamento da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade tem sido identificado em muitos contextos em todo o mundo. Adolescentes e jovens adultos com problemas de identidade (em especial quando acompanhados por uso de substâncias) podem transitoriamente ter comportamentos que mimetizam a perturbação estado-limite

(*borderline*) da personalidade. Estas situações são caracterizadas por instabilidade emocional, dilemas «existenciais», incerteza, escolhas ansiogénicas, conflitos de orientação sexual e pressões na competição social e na decisão de carreiras.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é predominantemente diagnosticada no sexo feminino (cerca de 75%).

Diagnóstico Diferencial

Perturbações depressiva e bipolar. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade coocorre com frequência com as perturbações depressiva e bipolar, e quando são preenchidos os critérios de diagnóstico para as duas, então ambas podem ser diagnosticadas. Dado que a apresentação transversal da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade pode ser mimetizada por um episódio da perturbação depressiva ou bipolar, o clínico deve evitar estabelecer o diagnóstico adicional de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade baseado somente nesta apresentação transversal, sem procurar documentar que o padrão de comportamento teve início precoce e uma evolução de longa duração.

Outras perturbações da personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade porque têm algumas características em comum. É, por isso, importante distinguir entre estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se uma pessoa tiver características de personalidade que preencham os critérios para mais do que uma perturbação da personalidade, todas podem ser diagnosticadas. Apesar de a perturbação histriónica da personalidade poder ser também caracterizada por desejo de atenção, comportamento manipulativo e rápidas mudanças emocionais, a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é distinguível pela autodestrutividade, disrupções coléricas nas relações próximas e sentimentos crónicos de vazio e solidão. Ideias e ilusões paranoides podem estar presentes tanto na perturbação estado limite (*borderline*) da personalidade como na perturbação esquizotípica da personalidade, mas estes sintomas são mais transitórios, reativos aos relacionamentos e respondem mais à estruturação externa no caso da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Apesar de as perturbações paranoide e narcísica da personalidade também poderem ser caracterizadas por reações de raiva ao menor estímulo, a relativa estabilidade da autoimagem, bem como a relativa ausência de autodestrutividade, impulsividade e preocupações de abandono, distinguem estas perturbações da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Apesar de a perturbação antissocial da personalidade e a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade partilharem o comportamento manipulativo, os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade são manipuladores para obterem lucro, poder ou outra gratificação material, enquanto o objetivo na perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é dirigido mais para a obtenção da preocupação dos cuidadores. A perturbação dependente da personalidade e a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade são ambas caracterizadas pelo medo do abandono; contudo, a pessoa com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências, enquanto a pessoa com perturbação dependente da personalidade reage com aumento do apaziguamento e submissão, e procura urgentemente substituir a relação e assim obter o apoio de que necessita. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade pode também ser distinguida da perturbação dependente da personalidade pelo padrão típico de relacionamentos intensos e instáveis.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade deve ser distinguida da alteração da personalidade devida a outra condição médica, na qual os traços emergem pelos efeitos diretos de um estado físico geral no sistema nervoso central.

Perturbação de uso de substâncias. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade também deve ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Problemas de identidade. A perturbação estado-limite (*borderline*) deve ser distinguida de um problema de identidade, estando este reservado a preocupações com a identidade relacionadas com uma fase de desenvolvimento (por exemplo, adolescência) e não se qualificam como perturbação mental.

Perturbação Histriónica da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.50 (F60.4)

Padrão global de excessiva emocionalidade e procura de atenção começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes:

1. Desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções.
2. Interação com os outros frequentemente caracterizada por sedução sexual inapropriada ou comportamento provocador.
3. Rápidas alterações e superficialidade na expressão emocional.
4. Uso consistente da aparência física para chamar a atenção.
5. Discurso excessivamente impressionista e com pouco pormenor.
6. Autodramatização, teatralidade e exagero na expressão emocional.
7. Sugestionabilidade (isto é, influenciáveis facilmente pelos outros e pelas circunstâncias).
8. Considerar relações mais íntimas do que são efetivamente.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação histriónica da personalidade consiste numa emocionalidade e comportamentos de chamada de atenção invasivos e excessivos. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade sentem-se desconfortáveis ou não estimados quando não são o centro das atenções (Critério 1). Com frequência muito vivos e dramáticos, tendem a atrair as atenções para si mesmos e podem inicialmente agradar aos novos conhecimentos pelo seu entusiasmo, abertura aparente ou encanto. Estas qualidades desgastam-se, contudo, pelo facto de quererem ser continuadamente o centro das atenções. Eles assumem o papel da «alma da festa». Se não forem o centro das atenções podem fazer algo dramático (por exemplo, inventar histórias, criar cenas), para atraírem as atenções. Esta necessidade é em regra aparente no seu comportamento com o médico (por exemplo, elogios, ofertas de presentes, descrição dramática de sintomas psicológicos e físicos sucessivamente modificados a cada visita).

A aparência e comportamento destes indivíduos é muitas vezes inapropriadamente sedutora ou provocante do ponto de vista sexual (Critério 2). Este comportamento é dirigido não

apenas aos indivíduos nos quais têm interesse sexual ou amoroso, mas também está presente numa grande variedade de relações profissionais e sociais, ultrapassando aquilo que é apropriado no contexto social. A expressão emocional pode ser superficial e mudar rapidamente (Critério 3). Os indivíduos com esta perturbação usam consistentemente a sua aparência física para atrair atenções (Critério 4). Estão em geral preocupados com a impressão que causam aos outros pela aparência e gastam muito tempo, energia e dinheiro em roupas e adereços. Podem andar à «pesca de elogios» à sua aparência e podem com facilidade ficar excessivamente aborrecidos por algum comentário crítico acerca do seu aspeto ou por alguma fotografia que consideram pouco lisonjeira.

Estes indivíduos têm um estilo de discurso excessivamente impressionista e com ausência de pormenor (Critério 5). As opiniões fortes são expressas com um tom dramático, mas as razões subjacentes são em regra vagas e difusas, destituídas de fundamentos ou pormenores. Por exemplo, uma pessoa com perturbação histriónica da personalidade pode comentar que alguém é maravilhoso, sendo incapaz de dar exemplos específicos das suas boas qualidades para justificar esta opinião. Os indivíduos com esta perturbação são caracterizados por autodramatização, teatralidade e uma expressão de emocionalidade exagerada (Critério 6). Podem envergonhar os amigos e conhecidos por excesso de expressividade emocional em público (por exemplo, abraçar conhecimentos de ocasião com ardor excessivo, soluçar descontroladamente em ocasiões de sentimentos menores ou ter acessos de cólera). Contudo, as suas emoções parecem ligar-se e desligar-se com demasiada rapidez para serem sentidos profundamente, o que pode levar à acusação de serem fingidos.

Os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade têm um elevado grau de sugestionabilidade (Critério 7). As suas opiniões e sentimentos são influenciados facilmente pelos outros e pelas modas. Podem confiar totalmente, sobretudo nas figuras de autoridade, que consideram magicamente capazes de resolver os seus problemas. Têm tendência a ter pressentimentos e adotar convicções rapidamente. Os indivíduos com esta perturbação em regra consideram os relacionamentos mais íntimos do que na realidade são, tratando cada conhecido por «meu querido, querido amigo» ou tratando os médicos com quem estiveram uma ou duas vezes em circunstâncias profissionais pelo nome próprio (Critério 8).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade podem ter dificuldade em atingir intimidade emocional nos relacionamentos amorosos ou sexuais. Sem se darem conta, em regra desempenham papéis (por exemplo, «vítima» ou «princesa») no seu relacionamento com os outros. Podem procurar controlar o seu parceiro através de manipulação emocional ou estratégias de sedução, por um lado, enquanto, por outro, demonstram dependência marcada daquele. Os indivíduos com esta perturbação têm frequentemente relações difíceis como os amigos do mesmo sexo porque o seu estilo sexualmente provocador parece constituir uma ameaça para os relacionamentos dos outros. Podem inclusive perder amigos pela constante insistência em chamar as atenções. Ficam com frequência deprimidos ou aborrecidos quando não são o centro das atenções. Podem desejar inovação, estimulação e excitação e têm tendência para ficar aborrecidos com a rotina quotidiana. Estes indivíduos são em regra intolerantes com, ou frustrados por, situações que envolvam um atraso de gratificação, procurando muitas vezes dirigir as suas ações para obter satisfação imediata. Apesar de muitas vezes iniciarem um emprego ou projeto com grande entusiasmo, podem perder com rapidez o interesse. Os relacionamentos prolongados podem ser negligenciados em favor da excitação de novas relações.

O risco de suicídio não é conhecido, mas a experiência clínica sugere que os indivíduos com esta perturbação têm um risco aumentado de ameaças e gestos suicidas para obter atenção e melhor exercer coação sobre os que cuidam deles. A perturbação histriónica da personalidade tem sido associada a taxas elevadas de perturbação de sintomas somáticos, perturbação conversiva (perturbação de sintomas neurológicos funcionais) e perturbação depressiva major. As perturbações estado-limite (*borderline*), narcísica, antissocial e dependente da personalidade podem com frequência coocorrer.

Prevalência

Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem que a prevalência da personalidade histriónica é de 1,84%.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

As normas para o comportamento interpessoal, aparência e expressividade emocional variam muito em termos culturais, em relação ao sexo e à idade. Antes de considerar os diversos traços (por exemplo, emocionalidade, sedução, estilo dramático, procura de novidade, sociabilidade, encanto, impressionabilidade e tendência para a somatização) como evidência de perturbação histriónica da personalidade, é importante avaliar se eles causam défice ou mal-estar clinicamente significativos.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Em contextos clínicos, esta perturbação tem sido diagnosticada mais com frequência no sexo feminino; contudo, a relação de género não é significativamente diferente da relação entre mulheres no respetivo ambiente clínico. Em contraste, alguns estudos com entrevistas estruturadas reportam taxas de prevalência semelhantes entre ambos os sexos.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações da personalidade e traços de personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação histriónica da personalidade por terem certas características em comum. Por isso, é importante distinguir entre estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se um indivíduo tiver características de personalidade que preencham critérios para uma ou mais perturbações de personalidade adicionais à perturbação histriónica da personalidade, todos podem ser feitos. Apesar de a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade também poder ser caracterizada por procura de atenção, comportamento manipulativo e alteração rápida das emoções, é distinguível pela autodestrutividade, roturas violentas dos relacionamentos próximos, sentimentos crónicos de vazio e pela perturbação de identidade. Os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade e perturbação histriónica da personalidade partilham a tendência para serem impulsivos, superficiais, procurar excitação, imprudentes, sedutores e manipuladores, mas os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade tendem a ser mais exagerados nas suas emoções e não se envolvem em comportamentos antissociais. Os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade são manipuladores para obterem atenção, enquanto os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade são manipuladores para obterem lucro, poder ou qualquer outra gratificação material. Apesar de os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade também desejarem

intensamente atenção, em geral querem elogios pela sua «superioridade», enquanto os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade estão dispostos a ser vistos como frágeis ou dependentes, se essa for a forma de obter atenção. Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade podem exagerar na intimidade dos seus relacionamentos com os outros, mas conseguem realçar melhor o estatuto VIP ou a riqueza dos seus amigos. Na perturbação dependente da personalidade, o indivíduo está excessivamente dependente dos outros para elogios e orientação, mas sem o brilho, exagero e as características emocionais dos indivíduos com perturbação histriónica da personalidade.

Muitos indivíduos podem manifestar traços histriónicos da personalidade, mas só quando estes traços são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam défice funcional significativo ou mal-estar subjetivo é que constituem perturbação histriónica da personalidade.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação histriónica da personalidade deve ser distinguida das alterações da personalidade devidas a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação deve também ser distinguida dos sintomas que se desenvolvem em associação com o uso persistente de substâncias.

Perturbação Narcísica da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.81 (F60.81)

Padrão global de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e ausência de empatia, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes:

1. Tem um sentimento grandioso de autoimportância (por exemplo, exagera na exaltação de talentos e realizações, esperando ser reconhecido como superior sem realizações proporcionais).
2. Preocupa-se com fantasias de êxito ilimitado, poder, brilhantismo, beleza ou amor ideal.
3. Acredita que é «especial» e único, e que só pode ser compreendido por, ou estar associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais e de elevado estatuto.
4. Necessita admiração excessiva.
5. Tem um sentimento de titularidade (isto é, expectativas não razoáveis de tratamento especialmente favorável ou adesão automática às suas expectativas).
6. Explora os outros (isto é, utiliza os outros para atingir os próprios fins).
7. Tem ausência de empatia: não está disponível para reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades dos outros.
8. Frequentemente inveja os outros ou acredita que os outros o invejam.
9. Demonstra arrogância, comportamentos ou atitudes altivas.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação narcísica da personalidade consiste num padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e ausência de empatia, com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com esta perturbação têm um sentimento grandioso da sua importância (Critério 1). Sobrevalorizam por rotina as suas capacidades e exageram as suas realizações parecendo com frequência gabarolas e pretensiosos. Assumem com naturalidade que os outros atribuem o mesmo valor aos seus esforços e podem ficar surpreendidos quando o reconhecimento que esperam e julgam merecer não se concretiza. Com frequência está implícito nas apreciações das suas realizações uma desvalorização das contribuições dos outros. Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade estão com frequência preocupados com fantasias de êxito ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal (Critério 2). Podem ruminar acerca da «merecida» admiração e privilégio e compararem-se favoravelmente a pessoas privilegiadas e famosas.

Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade acreditam que são superiores, especiais ou únicos e esperam que os outros os reconheçam como tal (Critério 3). Sentem que só podem ser compreendidos por, ou só se devem associar a, pessoas especiais ou de elevado estatuto, às quais podem atribuir qualidades como «únicas», «perfeitas» ou «dotadas». Os indivíduos com esta perturbação acreditam que a suas necessidades são especiais e estão para além do alcance das pessoas comuns. A sua autoestima está aumentada (isto é, «espelhada») pelo valor idealizado que atribuem às pessoas a que se associam. É provável que insistam em ter contactos apenas com a pessoa de «topo» (médico, advogado, cabeleireiro, instrutor) ou tornarem-se membros das «melhores» instituições, desvalorizando as credenciais daqueles que os desapontam.

Os indivíduos com esta perturbação requerem em geral uma admiração excessiva (Critério 4). A sua autoestima é quase invariavelmente muito frágil. Podem estar preocupados com quão bem se estão a sair e quão favoravelmente estão cotados pelos outros. Isto toma com frequência a forma de uma necessidade constante de atenção e admiração. Esperam ser recebidos com grande pompa e ficam espantados se os outros não invejam aquilo que eles possuem. Procuram constantemente o elogio, muitas vezes com grande sedução. Um sentimento de titularidade é evidente nestes indivíduos que esperam sempre um tratamento particularmente favorável (Critério 5). Esperam ser servidos e ficam confusos e furiosos quando isto não acontece. Por exemplo, assumem que não têm de esperar numa fila e que as suas prioridades são tão importantes que os outros deveriam ceder, ficando irritados quando alguém falha em reconhecer o seu «importantíssimo trabalho». Este sentido de reverência combinado com a ausência de sensibilidade para os desejos e necessidades dos outros pode resultar na exploração dos outros, com ou sem intenção (Critério 6). Esperam que lhes seja dado o que desejam ou o que sentem necessitar, não importando o que isso possa significar para os outros. Por exemplo, estes indivíduos podem esperar grande dedicação dos outros e podem sobrecarregá-los com trabalho, sem olharem ao impacte disso nas suas vidas. Tendem a iniciar amizades ou relações amorosas somente se outros indivíduos estiverem dispostos a aceitar as suas intenções ou cultivar a sua autoestima. Com frequência, usurpam recursos extra e privilégios especiais que acreditam merecer por serem tão especiais.

Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade em geral não têm empatia e têm dificuldade em reconhecer os desejos, experiências subjetivas e sentimentos dos outros (Critério 7). Podem assumir que os outros estão totalmente preocupados com o seu bem-estar. Tendem a discutir os seus problemas com um pormenor extenso e inapropriado, enquanto falham em reconhecer que os outros também têm necessidades e sentimentos. Com frequência desprezam e impacientam-se com os outros quando estes falam das suas preocupações e problemas. Podem não reparar que magoam com as suas observações

(por exemplo dizer com exuberância ao companheiro de uma relação anterior: «Encontrei agora o amor da minha vida»; vangloriar-se da sua saúde perante alguém doente). Quando reconhecem as necessidades, desejos ou sentimentos dos outros avaliam-nos como sinais de fraqueza ou vulnerabilidade. Os que se relacionam com pessoas com perturbação narcísica da personalidade tipicamente encontram frieza emocional e ausência de interesse recíproco.

Estes indivíduos têm com frequência inveja dos outros ou imaginam que os outros têm inveja deles (Critério 8). Podem invejar o êxito e posses dos outros, sentindo que mereciam mais essas realizações, admirações e privilégios. Podem desvalorizar intensamente as contribuições dos outros, em particular quando estes indivíduos receberam elogios ou reconhecimento pelas suas realizações. Os comportamentos arrogantes e altivos são característicos destes indivíduos. Em regra demonstram snobismo, desdém ou têm atitudes paternalistas (Critério 9). Por exemplo, podem queixar-se da «rudeza» e «estupidez» de um empregado desajeitado ou concluir uma avaliação clínica com uma apreciação condescendente do médico.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A vulnerabilidade na autoestima torna os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade muito sensíveis à «ofensa» da crítica ou derrota. Apesar de poderem não exteriorizar, a crítica pode perseguir estes indivíduos e deixá-los humilhados, rebaixados, ocos e vazios. Podem reagir com desdém, raiva ou com um contra-ataque provocador. Estas experiências habitualmente conduzem a evitamento social ou a uma aparente humildade que mascaram ou protegem a grandiosidade. As relações interpessoais estão tipicamente diminuídas pelos problemas resultantes da necessidade de reverência, admiração e desrespeito pela sensibilidade dos outros. Apesar de a confiança e ambições presunçosas poderem dar origem a elevadas realizações, o rendimento pode ser rompido pela intolerância à crítica e à derrota. Algumas vezes o funcionamento vocacional pode ser muito baixo, refletindo pouca vontade de aceitar riscos na competição ou noutras circunstâncias em que a derrota é possível. Sentimentos mantidos de vergonha, humilhação e concomitante autocrítica podem estar associados a evitamento social, humor depressivo e perturbação depressiva persistente (distimia) ou perturbação depressiva major. Em contraste, períodos de grandiosidade mantida podem estar associados com humor hipomaníaco. A perturbação narcísica da personalidade está também associada a anorexia nervosa e a perturbações de uso de substâncias (especialmente a cocaína). As perturbações histriónica, estado-limite (*borderline*), antissocial e paranoide da personalidade estão associadas à perturbação narcísica da personalidade.

Prevalência

A prevalência estimada para a perturbação narcísica da personalidade, com base nas definições do DSM-IV, varia entre 0% e 6,2% nas amostras da comunidade.

Desenvolvimento e Curso

Os traços narcísicos podem ser particularmente comuns em adolescentes, o que não indica necessariamente uma evolução para perturbação narcísica da personalidade. Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade podem ter dificuldades especiais na adaptação no início das limitações físicas e profissionais inerentes ao processo de envelhecimento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Dos indivíduos diagnosticados com perturbação narcísica da personalidade, 50% a 75% são homens.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações da personalidade e traços de personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação narcísica da personalidade por terem certas características em comum. Por isso, é importante distinguir entre estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se um indivíduo tiver características de personalidade que preencham critérios para uma ou mais perturbações da personalidade adicional à perturbação narcísica da personalidade, todos os diagnósticos podem ser feitos. A característica mais importante na discriminação da perturbação narcísica da personalidade das perturbações histriónica, antissocial e estado-limite (*borderline*) da personalidade, cujos estilos interativos são, respetivamente, sedutor, insensível e dependente, é a grandiosidade característica da perturbação narcísica da personalidade. A relativa estabilidade da autoimagem, assim como a ausência relativa da autodestrutividade, impulsividade e preocupações de abandono, distinguem a perturbação narcísica da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. O excessivo orgulho nas suas realizações, a relativa ausência de manifestação emocional e o desdém pela sensibilidade alheia ajudam a distinguir a perturbação narcísica da perturbação histriónica da personalidade. Apesar de os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*), histriónica e narcísica da personalidade poderem exigir maior atenção para si próprios, os indivíduos com perturbação narcísica necessitam que a atenção seja especificamente do tipo admiração. Os indivíduos com perturbação antissocial e narcísica da personalidade partilham tendência para serem inflexíveis, volúveis, superficiais, exploradores e não empáticos. Contudo, a perturbação narcísica da personalidade não inclui características de impulsividade, agressão e dolo. Além disso, os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade não necessitam tanto da admiração e inveja dos outros e os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade habitualmente não têm história infantil de perturbação do comportamento ou comportamentos criminosos enquanto adultos. Tanto na perturbação narcísica da personalidade como na perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade os indivíduos partilham a tendência para o perfecionismo e acreditam que os outros não fazem as coisas tão bem. Em contraste com a autocrítica sistemática dos indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade acreditam mais provavelmente que atingiram a perfeição. A desconfiança e o evitamento social em regra distinguem os indivíduos com perturbação esquizotípica ou paranoide da personalidade daqueles com perturbação narcísica da personalidade. Quando estas qualidades estão presentes nos indivíduos com perturbação narcísica da personalidade, são primariamente consequência dos medos de verem reveladas falhas e imperfeições.

Muitos indivíduos de grande êxito demonstram traços de personalidade que se consideram narcísicos. Somente quando estes traços são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam défice funcional significativo ou mal-estar subjetivo é que constituem perturbação narcísica da personalidade.

Mania ou hipomania. A grandiosidade pode emergir nos episódios maníacos ou hipomaníacos, mas a associação com alterações do humor ou o défice funcional ajudam a distinguir estes episódios da perturbação narcísica da personalidade.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação narcísica da personalidade também deve ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Perturbações da Personalidade do Grupo C

Perturbação Evitante da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.82 (F60.6)

Padrão global de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 4 (ou mais) dos seguintes:

1. Evita atividades ocupacionais que envolvam contactos interpessoais significativos, por medo de críticas, desaprovação ou rejeição.
2. Não está disponível para o envolvimento com pessoas, a não ser que tenha a certeza de ser apreciado.
3. Mostra reserva nas relações íntimas por medo de ser envergonhado ou ridicularizado.
4. Preocupa-se em ser criticado ou rejeitado em situações sociais.
5. Inibe-se em novas situações interpessoais devido a sentimentos de inadequação.
6. Vê-se a si próprio como inepto socialmente, sem atrativo pessoal ou inferior aos outros.
7. É relutante em assumir riscos pessoais ou envolver-se em novas atividades porque podem ser embaraçosas.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação evitante da personalidade consiste num padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com perturbação evitante da personalidade evitam atividades escolares ou profissionais que envolvam contactos interpessoais significativos, com medo de críticas, desaprovação ou rejeição (Critério 1). As ofertas de promoção podem ser rejeitadas pelo medo de as novas responsabilidade poderem provocar críticas por parte dos colegas. Estes indivíduos evitam fazer novos amigos a não ser que tenham a certeza que estes virão a gostar deles e a ser aceites sem críticas (Critério 2). Enquanto não têm provas convincentes que demonstrem o contrário, os outros são tidos como críticos e desaprovadores. Os indivíduos com esta perturbação não se agregam em atividades de grupo, a menos que surjam propostas repetidas e generosas de apoio e proteção. A intimidade interpessoal é em regra difícil para estes indivíduos, apesar de serem capazes de estabelecer relações íntimas quando assegurada uma aceitação sem crítica. Podem atuar com reservas, ter dificuldades em falar de si e recusar a intimidade por medo de serem expostos, ridicularizados ou envergonhados (Critério 3).

Porque os indivíduos com esta perturbação vivem preocupados com a crítica e rejeição nas situações sociais, podem ter um limiar muito baixo para detetar estas reações (Critério 4). Se alguém é, mesmo que ligeiramente, desaprovador ou crítico, podem sentir-se extremamente

magoados. Tendem a ser tímidos, calados, inibidos e «invisíveis» com medo de que qualquer atenção seja rejeitante ou rebaixante. Esperam que, seja o que for que digam, os outros o considerem «errado», e portanto nada dizem. Reagem fortemente a sinais subtis sugestivos de zombaria ou troça. Apesar da vontade em participar na vida social, receiam colocar o seu bem estar nas mãos dos outros. Os indivíduos com perturbação evitante da personalidade são inibidos em situações interpessoais novas por se sentirem inadequadas e terem baixa autoestima (Critério 5). Dúvidas acerca de competências sociais e aptidões pessoais tornam-se especialmente manifestas nos contextos que envolvam estranhos. Estes indivíduos consideram-se socialmente incapazes, destituídos de interesse ou inferiores aos outros (Critério 6). São invulgarmente relutantes em assumir riscos pessoais ou envolverem-se em novas atividades, porque isso pode ser embaraçoso (Critério 7). Estão sempre prontos a exagerar os perigos potenciais de situações vulgares, e um estilo de vida muito restrito pode resultar da sua necessidade absoluta de certeza e segurança. Alguém com esta perturbação pode cancelar uma entrevista de emprego por receio do embaraço de eventualmente não ir vestido adequadamente. Sintomas somáticos marginais ou outros problemas podem tornar-se a razão do evitamento de novas atividades.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação evitante da personalidade vigiam com frequência os movimentos e expressões daqueles com quem contactam. Os seus medos e comportamentos tensos podem originar a troça dos outros, o que por sua vez confirma os seus receios. Ficam muito ansiosos com a possibilidade de reagirem à crítica com choro ou ruborização. São classificados pelos outros como «tímidos», «envergonhados», «solitários» e «isolados». Os problemas maiores surgem nos planos social e profissional. A sua baixa autoestima e a hipersensibilidade à rejeição estão associadas à limitação dos contactos interpessoais. Estes indivíduos podem tornar-se relativamente isolados e em regra não têm uma grande rede de suporte social que os possa ajudar nas crises. Desejam afeto e aceitação, podendo fantasiar acerca de relações idealizadas com os outros. Os comportamentos de evitamento podem também afetar gravemente o seu funcionamento profissional, porque estes indivíduos tendem a evitar as situações sociais que proporcionam encontros vantajosos para o trabalho e para a carreira.

Outras perturbações que são em regra diagnosticadas com a perturbação evitante da personalidade são as perturbações depressiva, bipolar e de ansiedade, em especial perturbação de ansiedade social (fobia social). A perturbação evitante da personalidade é com frequência diagnosticada com perturbação dependente da personalidade, porque os indivíduos ficam muito ligados e dependentes dos pouco que consideram ser amigos. A perturbação evitante da personalidade também tende a ser diagnosticada com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade e com as perturbações da personalidade do Grupo A (isto é, Paranoide, Esquizoide ou Esquizotípica).

Prevalência

Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem que a prevalência da perturbação evitante da personalidade é de 2,4%.

Desenvolvimento e Curso

O comportamento de evitamento inicia se com frequência na infância com timidez, isolamento e receio dos estranhos e de novas situações. Apesar de a timidez na infância ser um precursor habitual da perturbação evitante da personalidade, na maioria dos indivíduos

tende a dissipar-se gradualmente com a idade. Em contraste, os indivíduos que vêm a desenvolver perturbação evitante da personalidade podem tornar-se progressivamente mais tímidos durante a adolescência e início da idade adulta, quando as relações sociais com novos indivíduos se tornam especialmente importantes. Há alguma evidência de que nos adultos a perturbação evitante da personalidade tem tendência a tornar-se menos evidente ou a remitir com o avanço da idade. Este diagnóstico deve ser feito com grande cautela nas crianças e adolescentes, para os quais a timidez e o comportamento de evitamento podem ser apropriados dentro do processo de desenvolvimento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Pode haver variação no grau de apreciação com que os diferentes grupos étnicos e culturais olham para o acanhamento e evitamento. Mais ainda, o comportamento de evitamento pode resultar dos problemas de aculturação subsequentes à imigração.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação evitante da personalidade parece ser tão frequente em homens como em mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações de ansiedade. Parece haver grande sobreposição entre a perturbação evitante da personalidade e a perturbação da ansiedade social (fobia social), de tal forma que podem ser duas conceptualizações alternativas da mesma situação ou de situações semelhantes. O evitamento caracteriza tanto a personalidade evitante da personalidade como a agorafobia, e elas podem com frequência coocorrer.

Outras perturbações da personalidade e traços de personalidade. Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a perturbação evitante da personalidade, devido a algumas características em comum É, por isso, importante distinguir estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se uma pessoa tiver características de personalidade que preencham critérios para uma ou mais perturbações da personalidade, para além da perturbação evitante da personalidade, todas podem ser diagnosticadas. Tanto a perturbação evitante da personalidade como a perturbação dependente da personalidade são caracterizadas por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de reasseguramento. Apesar de o foco primário de preocupação na perturbação evitante da personalidade ser o evitamento da humilhação e rejeição, na perturbação dependente da personalidade o foco de preocupação é a necessidade de ser cuidado. Contudo, ambas ocorrem com frequência em simultâneo. Tal como na perturbação evitante da personalidade, as perturbações esquizoide e esquizotípica da personalidade também se caracterizam por isolamento social. Contudo, os indivíduos com perturbação evitante da personalidade querem relacionar-se com os outros, e sentem profundamente a sua solidão, enquanto com perturbação esquizoide e esquizotípica da personalidade estão satisfeitos e podem mesmo preferir o isolamento social. A perturbação paranoide da personalidade e a perturbação evitante da personalidade são ambas caracterizadas por relutância em confiar nos outros. Contudo, na perturbação evitante da personalidade, esta relutância é atribuível mais ao medo de ficar envergonhado ou ser considerado inadequado do que por medo das intenções malévolas de alguém.

Muitos indivíduos mostram traços de evitamento, mas só quando esses traços são inflexíveis, desadaptativos e persistentes e causam défice funcional ou mal-estar subjetivo é que constituem perturbação evitante da personalidade.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação evitante da personalidade deve ser distinguida das alterações da personalidade devidas a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações de uso de substâncias. Esta perturbação deve também ser distinguida dos sintomas que se desenvolvem em associação ao uso persistente de substâncias.

Perturbação Dependente da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.6 (F60.7)

Uma necessidade global e excessiva de ser cuidado, que leva à submissão, viscosidade e angústia de separação, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes:

1. Tem dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia sem aconselhamento excessivo e reasseguramento pelos outros.
2. Necessita de transferir responsabilidades para os outros na maioria das áreas importantes da sua vida.
3. Tem dificuldade em expressar desacordo com outros por medo de perder suporte ou aprovação. (**Nota**. Não incluir receios realistas de desforra.)
4. Tem dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por sua conta (pela ausência de confiança no seu julgamento ou capacidades, mais do que por ausência de motivação ou energia).
5. Faz esforços excessivos para obter cuidados e apoio dos outros, ao ponto de se oferecer como voluntário para tarefas desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho, por medo exagerado de ser incapaz de cuidar de si próprio.
7. Procura urgentemente outra relação como fonte de suporte quando uma relação íntima termina.
8. Preocupa-se irrealisticamente com medos de ser deixado entregue a si próprio.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação dependente da personalidade é uma necessidade global e excessiva de ser cuidado, o que origina um comportamento submisso e pegajoso e angústia de separação. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos. Os comportamentos dependentes e submissos destinam-se a obter cuidados e têm origem na autoperceção de incapacidade para funcionar adequadamente sem a ajuda dos outros.

Os indivíduos com perturbação dependente da personalidade têm grande dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia (por exemplo, a cor da camisa a vestir no trabalho ou a decisão de levar um guarda-chuva) sem um aconselhamento excessivo e reasseguramento dos outros (Critério 1). Estes indivíduos tendem a ser passivos e permitem que os outros (em regra uma só pessoa) tomem iniciativas e assumam responsabilidades nas áreas de maior importância

da sua vida (Critério 2). Os adultos com esta perturbação dependem tipicamente de um parente ou do cônjuge para decidir onde viver, o tipo de profissão a ter e qual a vizinhança a ter como amiga. Os adolescentes com esta perturbação podem permitir que os pais decidam sobre a maneira de vestir, os amigos, os tempos livres e sobre a escola e universidade a frequentar. Esta necessidade em colocar nos outros a responsabilidade está para além da idade e das circunstâncias de ajuda apropriada (por exemplo, necessidades específicas da infância, pessoas idosas ou incapacitadas). A perturbação dependente da personalidade pode ocorrer numa pessoa com uma condição médica ou incapacidade graves, mas nestes casos a dificuldade em assumir responsabilidades deve ultrapassar o que normalmente seria de esperar para a condição ou incapacidade.

Pelo medo de perder suporte ou aprovação, os indivíduos com perturbação dependente da personalidade têm em regra dificuldade em discordar dos outros, em especial daqueles de quem são dependentes (Critério 3). Estes indivíduos sentem-se tão incapazes de funcionarem sozinhos que preferem concordar com coisas que sentem erradas do que perder aqueles que os orientam. Não manifestam um sentimento de zanga quando apropriado em relação àqueles de que necessitam, com medo de os perderem. Se as preocupações com as consequências da expressão de desacordo forem reais (por exemplo, medo real de um cônjuge abusador), então o comportamento não deve ser considerado indicador de perturbação dependente da personalidade.

Os indivíduos com esta perturbação têm dificuldade em iniciar projetos ou fazer as coisas autonomamente (Critério 4). Não têm autoconfiança e acreditam na necessidade de ajuda para iniciarem ou prosseguirem os seus objetivos. Esperam pelos outros para começarem qualquer coisa porque acreditam que os outros farão melhor. Estes indivíduos estão convencidos de que são incapazes de funcionar independentemente e consideram-se inaptos, com necessidade de recorrer a assistência constante. São, contudo, capazes de funcionar adequadamente se tiverem assegurado que alguém os supervisionará e aprovará. Podem recear ser mais competentes ou aparentar mais competência que outros, porque acreditam que isso poderá levar estes a abandoná-los. Porque confiam nos outros para a resolução dos seus problemas, habitualmente não desenvolvem competências para viverem independentemente, perpetuando assim a dependência.

Os indivíduos com perturbação dependente da personalidade podem fazer esforços excessivos para obterem apoio de outros, oferecendo-se mesmo como voluntários para tarefas desagradáveis, se este comportamento trouxer os cuidados de que necessitam (Critério 5). Estão dispostos a submeter-se à vontade dos outros, mesmo se as exigências forem pouco razoáveis. A sua necessidade de manter um vínculo importante resulta com frequência em relacionamentos desequilibrados ou distorcidos. Podem fazer sacrifícios extraordinários ou tolerar abusos verbais, físicos ou sexuais. (Note-se que este comportamento só deve ser considerado evidência de perturbação dependente da personalidade se for claro que o indivíduo tem outras opções disponíveis.) Os indivíduos com esta perturbação sentem-se desconfortáveis ou desamparados quando sozinhos, pelo medo exagerado de não serem capazes de cuidar de si próprios (Critério 6). Podem «sintonizar-se» com indivíduos significantes apenas para evitar a solidão, mesmo quando não estão interessados ou envolvidos no que está a acontecer.

Quando uma relação próxima termina (por exemplo, rotura amorosa; morte de um cuidador), os indivíduos com perturbação dependente da personalidade procuram urgentemente outra relação que proporcione os cuidados e o suporte de que necessitam (Critério 7). A sua

crença de que são incapazes de funcionar na ausência de uma relação próxima faz que estes indivíduos se liguem indiscriminada e rapidamente a outro indivíduo. Indivíduos com esta perturbação estão com frequência preocupados com o medo de serem deixados entregues a si próprios (Critério 8). Consideram-se tão completamente dependentes do aconselhamento e ajuda de alguém importante que vivem preocupados com a possibilidade de serem abandonados por essa pessoa, mesmo que não tenham fundamentos para isso. Para serem considerados evidência para este critério, os medos devem ser excessivos e irrealistas. Por exemplo, um homem idoso com cancro que se muda para casa de um filho mostra um comportamento dependente, mas adequado às circunstâncias de vida.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Os indivíduos com perturbação dependente da personalidade são com frequência caracterizados por pessimismo e descrença em si próprios, tendendo a minimizar as suas capacidades e feitos, e podem referir-se constantemente a si próprios como «estúpidos». Tomam a crítica e a desaprovação como provas da sua falta de valor, perdendo a autoconfiança. Podem procurar a sobreproteção e o domínio pelos outros. O funcionamento profissional pode estar comprometido se for necessário tomar iniciativas independentes. Podem evitar posições de responsabilidade e ficam ansiosos quando é necessário tomar decisões. As relações sociais tendem a limitar-se aos poucos indivíduos de quem são dependentes. Pode haver um risco aumentado de perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e perturbações de ajustamento. A perturbação dependente da personalidade coocorre com frequência com outras perturbações da personalidade, em especial as perturbações estado-limite (*borderline*), evitante e histriónica da personalidade. A doença física crónica e a perturbação de angústia de separação na infância ou adolescência podem predispor o indivíduo para esta perturbação.

Prevalência

Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 mostrou uma prevalência estimada da perturbação dependente da personalidade de 0,49%, e a personalidade dependente foi estimada em 0,6%, com base na probabilidade de subamostras da Parte II do *National Comorbidity Survey Replication.*

Desenvolvimento e Curso

Este diagnóstico deve ser usado com grande cautela, ou não ser usado de todo, em crianças e adolescentes, para os quais o comportamento dependente pode ser apropriado dentro do processo de desenvolvimento.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O grau no qual os comportamentos dependentes se consideram apropriados varia substancialmente com a idade e grupos socioculturais. Os fatores etários e culturais necessitam de ser considerados na avaliação do limiar diagnóstico de cada critério. O comportamento dependente deve ser considerado característico da perturbação apenas quanto é claramente excessivo em relação às normas culturais do indivíduo, ou quando reflete preocupações pouco realistas. É característica de algumas sociedades a ênfase na passividade, boa educação e deferência no tratamento e pode ser erradamente interpretado como traços de perturbação dependente da personalidade. De igual modo, algumas sociedades podem encorajar ou desencorajar de forma diferente o comportamento dependente em homens ou mulheres.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Em contextos clínicos, a perturbação dependente da personalidade é com mais frequência diagnosticada em mulheres, embora alguns estudos indiquem uma prevalência semelhante em ambos os sexos.

Diagnóstico Diferencial

Outras perturbações mentais e condições médicas. A perturbação dependente da personalidade deve ser distinguida da dependência que surge como consequência de outra perturbação mental (por exemplo, perturbações depressivas, perturbação de pânico, agorafobia) e como resultado de outras condições médicas.

Outras perturbações da personalidade e traços de personalidade. Outras perturbações da personalidade podem se confundidas com a perturbação dependente da personalidade, devido a algumas características em comum. É, por isso, importante distinguir estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se um indivíduo tiver características de personalidade que preencham critérios para uma ou mais perturbações da personalidade, para além da perturbação dependente da personalidade, todas podem ser diagnosticadas. Apesar de muitas perturbações da personalidade serem caracterizadas por sintomas de dependência, a perturbação dependente da personalidade pode ser distinguida pelo predomínio do comportamento submisso, reativo e pegajoso. Tanto a perturbação dependente da personalidade como a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade são caracterizadas pelo medo do abandono; contudo, a pessoa com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências, enquanto o indivíduo com perturbação dependente da personalidade reage com aumento do apaziguamento e submissão e procura urgentemente substituir a relação por outra para garantir o apoio. A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade pode ainda ser distinguida da perturbação dependente da personalidade pelo padrão típico de relacionamentos instáveis e intensos. Os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade, tal como aqueles com perturbação dependente da personalidade, têm uma forte necessidade de aprovação e podem mostrar viscosidade e infantilidade. Contudo, ao contrário da perturbação dependente da personalidade, caracterizada por comportamento dócil e apagado, a perturbação histriónica da personalidade é caracterizada por teatralidade, com uma atitude ativa de procura de atenção. Tanto a perturbação dependente da personalidade como a perturbação evitante da personalidade são caracterizadas por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de aprovação; contudo, os indivíduos com perturbação evitante da personalidade têm um medo tão intenso de humilhação e de rejeição que se apagam até estarem certos da sua aceitação. Em contraste, os indivíduos com perturbação dependente da personalidade têm um padrão de procura e manutenção das relações com aqueles que consideram importantes em vez do evitamento e retirada das relações.

Muitos indivíduos mostram traços de dependência. Só quando estes traços são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam défice funcional significativo ou mal-estar subjetivo constituem perturbação dependente da personalidade.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação dependente da personalidade deve ser distinguida das alterações da personalidade devidas a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação dependente da personalidade deve também ser distinguida dos sintomas que se desenvolvem em associação ao uso persistente de substâncias.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade

Critérios de Diagnóstico 301.4 (F60.5)

Um padrão global de preocupação com organização, perfecionismo e controlo mental e interpessoal, à custa da flexibilidade, abertura e eficiência, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 4 (ou mais) dos seguintes:

1. Está preocupado com pormenores, regras, listas, ordem, organização ou horários, a ponto de se perder a principal finalidade da atividade.
2. Mostra perfecionismo que interfere com o cumprimento de tarefas (por exemplo, incapacidade para completar projetos por não estarem de acordo com os seus próprios padrões restritos).
3. É excessivamente devotado ao trabalho e à produtividade, até à exclusão de atividades de lazer e amizades (exceto se por óbvias razões de necessidade económica).
4. É sobreconsciente, escrupuloso e inflexível sobre assuntos da moral, ética ou valores (exceto se por razões de identificação cultural ou religiosa).
5. É incapaz de descartar objetos gastos ou sem valor, mesmo que não tenham valor sentimental.
6. Mostra-se relutante em delegar tarefas ou em trabalhar com outros, a menos que estes se submetam exatamente aos seus métodos.
7. Adota um estilo de gastos miserabilista tanto para consigo como para com os outros; o dinheiro é visto como algo a acumular para catástrofes futuras.
8. Mostra rigidez e teimosia.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade consiste numa preocupação com a ordem, perfecionismo e controlo mental e interpessoal, à custa da flexibilidade, abertura e eficiência. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos.

Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade tentam manter um sentido do controlo através de uma atenção meticulosa às regras, pormenores triviais, procedimentos, listas, horários ou formalidades, a ponto de perderem o objetivo principal da atividade (Critério 1). São excessivamente cuidadosos e tendem à repetição, prestando demasiada atenção aos pormenores e verificando repetidamente possíveis erros. Esquecem o facto de que as outras pessoas podem ficar aborrecidas com os atrasos e inconvenientes que resultam do seu comportamento. Por exemplo, quando tais indivíduos se esquecem do local onde colocaram uma lista de tarefas, despenderão uma quantidade anormal de tempo à procura da lista em vez de gastar alguns momentos a recriá-la de memória e retomarem o cumprimento das tarefas. O tempo é mal distribuído e as tarefas mais importantes são deixadas para o último momento. O perfecionismo e as altas exigências de desempenho autoimpostas provocam mal-estar e disfunção significativos nestes indivíduos. Podem estar tão envolvidos em aperfeiçoar totalmente cada pormenor de um projeto que o mesmo nunca chega ao

fim (Critério 2). Por exemplo, a realização de um relatório escrito é atrasada por tantas perdas de tempo a reescrevê-lo, que o resultado final acaba por ser pouco «perfeito». Os prazos são ultrapassados e os aspetos da vida individual não associados à atividade de foco atual podem acabar por se desorganizar.

Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade têm uma devoção excessiva ao trabalho e produtividade, excluindo da sua vida as atividades de lazer e as amizades (Critério 3). Este comportamento não é motivado pela necessidade económica. Sentem com frequência que não têm tempo para uma noitada ou um fim-de-semana de folga para passear ou apenas relaxar. Adiam continuamente as atividades de lazer, tais como férias, a ponto de não as concretizarem. Quando dedicam tempo a atividades de lazer ou férias, sentem-se muito desconfortáveis, a não ser que levem algum trabalho para fazer de forma a «não desperdiçarem tempo». Pode haver grande concentração nas atividades domésticas (por exemplo, limpeza excessiva para «até se poder comer no chão»). Se passam tempo com os amigos, é provável que seja numa atividade formalmente organizada (por exemplo, desportos). Os interesses ou atividades recreativas são abordadas como objetivos sérios requerendo uma organização cuidadosa e um trabalho árduo para concretizar. A ênfase está na perfeição do desempenho. Estes indivíduos transformam as brincadeiras em tarefas estruturadas (por exemplo, corrigir a criança por não conseguir enfiar os anéis no eixos pela ordem correta; dizer a uma criança para conduzir o triciclo em linha reta; transformar um jogo de futebol numa «lição» desagradável).

Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade podem ser excessivamente conscienciosos, escrupulosos e inflexíveis acerca de matérias como a moralidade, ética e valores (Critério 4). Podem forçar-se a si e aos outros a seguir princípios morais rígidos e padrões muito estritos de desempenho. Podem também ser impiedosos na crítica que fazem aos seus próprios erros. Os indivíduos com esta perturbação são rigidamente deferentes perante a autoridade e as normas e insistem no seu cumprimento literal, sem aceitar circunstâncias atenuantes para o incumprimento das mesmas. Por exemplo, o indivíduo não emprestará uma moeda a um amigo que precisa de telefonar, porque «não se deve nem emprestar nem pedir emprestado» ou porque seria «mau» para o caráter da pessoa. Estas qualidades não devem ser motivadas pela identificação religiosa ou cultural do indivíduo.

Os indivíduos com esta perturbação podem ser incapazes de descartarem objetos gastos ou sem valor, mesmo que estes não tenham valor sentimental (Critério 5). Muitas vezes admitem ser «empacotadores de ninharias». Consideram o ato de se desfazerem de objetos como esbanjamento porque «nunca se sabe quando precisamos de alguma coisa» e ficam aborrecidos se alguém tenta livrá-los de algum objeto guardado. Os cônjuges ou os companheiros de quarto podem queixar-se da quantidade de espaço ocupada com objetos velhos, revistas, material estragado, entre outros.

Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade têm dificuldade em delegar funções ou trabalho a outros indivíduos (Critério 6). Insistem de forma teimosa e pouco razoável que tudo deve ser feito à sua maneira e que todos se devem conformar a isso. Fornecem instruções pormenorizadas sobre como fazer as coisas (por exemplo, só há uma e uma só maneira de aparar a relva, lavar a loiça ou construir uma casota de cão) e ficam surpreendidos e irritados se alguém sugerir uma alternativa criativa. Noutras alturas, podem rejeitar ofertas de ajuda mesmo quando estão atrasados, porque não acreditam que mais alguém possa fazer as coisas corretamente.

Os indivíduos com esta perturbação podem ser miserabilistas e avarentos, mantendo um padrão de vida muito aquém do que podem, acreditando que os gastos devem ser apertadamente controlados para prevenir catástrofes futuras (Critério 7).

Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade são caracterizados pela rigidez e teimosia (Critério 8). Os indivíduos com esta perturbação estão tão preocupados em fazer as coisas da forma «correta» que têm problemas em seguir as ideias dos outros. Planeiam tudo antecipadamente com meticuloso pormenor e não estão dispostos a considerar alterações. Completamente envolvidos na sua própria perspetiva, têm dificuldade em aceitar os pontos de vista dos outros. Os amigos e colegas podem ficar frustrados com a sua rigidez constante. Mesmo quando reconhecem a necessidade de compromissos, os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade podem recusá-los obstinadamente, argumentando que se trata de «uma questão de princípio».

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Quando as regras e procedimentos estabelecidos não ditam a resposta correta, o processo decisório pode ser longo e doloroso. Os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade podem ter tanta dificuldade em decidir que tarefas são prioritárias ou qual a melhor forma de fazer uma coisa concreta, que podem nunca iniciar seja o que for. Têm propensão a ficar aborrecidos ou zangados em situações nas quais não tenham controlo do seu ambiente físico e interpessoal sobre o ambiente que os rodeia, embora tipicamente a zanga não seja expressa diretamente. Por exemplo, a pessoa pode não gostar do serviço num restaurante, mas, em vez de se queixar ao chefe, rumina sobre a quantia a deixar como gorjeta. Noutras ocasiões a zanga pode ser expressa com indignação num assunto pouco importante. Os indivíduos com esta perturbação podem ser especialmente atentos ao seu estatuto relativo nas relações dominância-submissão e podem mostrar deferência excessiva a uma autoridade que respeitam e resistência excessiva a uma autoridade que não respeitam.

Os indivíduos com esta perturbação expressam em regra os afetos de forma altamente controlada e rígida e podem ficar muito desconfortáveis ao pé de pessoas emocionalmente expressivas. As suas relações quotidianas têm um caráter formal e sério e ficam rígidos em situações em que os outros riem e estão felizes (por exemplo, abraçar a namorada no aeroporto). Refreiam-se cuidadosamente até estarem seguros de que o que vão dizer seja perfeito. Preocupam-se com a lógica e o intelecto, e intolerantes com o comportamento afetivo dos outros. Muitas vezes, têm dificuldade em expressar sentimentos ternurentos e raramente fazem elogios. Os indivíduos com esta perturbação podem experimentar dificuldades profissionais e mal-estar, particularmente quando confrontados com novas situações que exijam flexibilidade e compromisso.

Indivíduos com perturbações de ansiedade, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social (fobia social) e fobias específicas, e perturbação obsessivo-compulsiva (POC) têm uma maior probabilidade de ter perturbações da personalidade que preencham critérios para perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade. Mesmo assim parece que a maioria dos indivíduos com POC não tem um padrão de comportamento que preencha os critérios para esta perturbação da personalidade. Muitas das características da perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade sobrepõem-se às da personalidade «Tipo A» (por exemplo, preocupação com o trabalho, competitividade, urgência com o tempo), e estas características podem estar presentes nos indivíduos em risco de enfarte do

miocárdio. Pode haver uma associação entre perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade e as perturbações depressiva e bipolar da personalidade e perturbações alimentares.

Prevalência

A perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade é uma das perturbações da personalidade mais prevalentes na população geral, com uma prevalência estimada entre 2,1% e 7,9%.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Na avaliação de um indivíduo com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, o clínico não deve incluir os comportamentos que refletem os hábitos, costumes ou estilos interpessoais que são culturalmente sancionados pelo grupo de referência do indivíduo. Algumas culturas colocam ênfase substancial no trabalho e produtividade; os comportamentos resultantes dos indivíduos dessas sociedades não devem ser qualificados como perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Em estudos sistemáticos, a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade parece ser diagnosticada cerca de 2 vezes mais nos homens.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Apesar da semelhança dos nomes, a POC é habitualmente fácil de distinguir da perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade pela presença de verdadeiras obsessões e compulsões na POC. Quando são cumpridos critérios para ambos os diagnósticos, os dois devem ser registados.

Perturbação de acumulação (*hoarding disorder*). O diagnóstico de perturbação de acumulação deve ser considerado especialmente quando a acumulação atinge situações extremas (por exemplo, pilhas de objetos sem valor que representam risco de incêndio e que tornam difícil a movimentação através da casa). Quando os critérios de perturbação obsessivo-compulsiva e de perturbação de acumulação estão presentes, ambos os diagnósticos devem ser registados.

Outras perturbações da personalidade e traços de personalidade. Outras perturbações da personalidade podem se confundidas com a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, devido a algumas características em comum. É, por isso, importante distinguir estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se uma pessoa tiver características de personalidade que preencham critérios para uma ou mais perturbações da personalidade, para além da perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, todas podem ser diagnosticadas. Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade podem também perseguir o perfecionismo e pensar que os outros não são capazes de fazer as coisas tão bem, mas estes indivíduos têm maior probabilidade de acreditar ter atingido a perfeição, enquanto os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade são habitualmente autocríticos. Os indivíduos com perturbação narcísica e antissocial da personalidade não são generosos exceto consigo próprios, enquanto os indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade adotam um estilo miserabilista consigo e com os outros. Tanto a perturbação esquizoide da personalidade como a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade são caracterizadas por aparente formalismo e desprendimento social. Na perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade isto resulta do desconforto

com as emoções e a excessiva devoção ao trabalho, enquanto na perturbação esquizoide da personalidade há uma ausência fundamental na capacidade para a intimidade.

Os traços de personalidade obsessivo-compulsivos moderados podem ser especialmente adaptativos, em particular em situações que recompensem um alto rendimento. Apenas quando estes traços são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam défice funcional significativo ou mal-estar subjetivo é que constituem perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade.

Alteração da personalidade devida a outra condição médica. A perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade deve ser distinguida das alterações da personalidade devidas a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Perturbações de uso de substâncias. A perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade deve também ser distinguida dos sintomas que se desenvolvem em associação com o uso persistente de substâncias.

Outras Perturbações da Personalidade

Alteração da Personalidade Devida a Outra Condição Médica

Critérios de Diagnóstico 310.1 (F07.0)

A. Uma perturbação da personalidade persistente que representa uma alteração do padrão de personalidade característico prévio do indivíduo. **Nota.** Em crianças, a perturbação envolve um marcado desvio do desenvolvimento normal ou uma mudança significativa nos padrões típicos de comportamento da criança, com duração de pelo menos 1 ano.

B. Existe evidência, obtida através da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (incluindo outra perturbação mental devida a outra condição médica).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente no curso de um *delirium*.

E. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento.

Especificar se:

Tipo lábil. Se a característica predominante for labilidade afetiva.

Tipo desinibido. Se a característica predominante for um fraco controlo dos impulsos evidenciado por indiscrição sexual, etc.

Tipo agressivo. Se a característica predominante for o comportamento agressivo.

Tipo apático. Se a característica predominante for apatia e indiferença marcadas.

Tipo paranoide. Se a característica predominante for desconfiança ou ideação paranoide.

Outro tipo. Se a apresentação não for caracterizada por nenhum dos subtipos acima referidos.

Tipo combinado. Se mais do que uma característica for predominante no quadro clínico.

Tipo não especificado

Nota de codificação. Incluir o nome de outra condição médica (por exemplo, **310.1 [F07.0]** alteração da personalidade devida a epilepsia do lobo temporal). A outra condição médica deve ser codificada e listada separadamente logo antes da perturbação da personalidade devido a outra condição médica (por exemplo, **345.40 [G40.209]** epilepsia do lobo temporal; **310.1 [F07.0]** alteração da personalidade devida a epilepsia do lobo temporal).

Subtipos

A alteração particular da personalidade pode ser especificada indicando-se o sintoma predominante na apresentação clínica.

Características de Diagnóstico

A característica essencial da alteração da personalidade devida a outra condição médica é uma perturbação persistente da personalidade, que se pensa ser devida a um efeito fisiopatológico direto de uma condição médica. A perturbação de personalidade representa uma alteração do padrão de personalidade característico prévio do indivíduo. Nas crianças, esta condição pode ser manifestada por um desvio marcado do desenvolvimento normal, em vez uma mudança num padrão estável da personalidade (Critério A). Deve ser evidente, através da história, exame físico e achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica (Critério B). O diagnóstico não deve ser dado se a perturbação for mais bem explicada por outra condição médica (Critério C). O diagnóstico não deve ser feito se a perturbação ocorrer exclusivamente durante o curso de *delirium* (Critério D). A perturbação deve também causar mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante do funcionamento (Critério E).

Manifestações comuns da alteração da personalidade incluem instabilidade afetiva, fraco controlo dos impulsos, explosões de agressividade e raiva grosseiramente desproporcionais ao fator de stress psicossocial precipitante, apatia marcada, desconfiança ou ideação paranoide. A fenomenologia da alteração é indicada com recurso aos subtipos listados nos critérios de diagnóstico. Um indivíduo com esta perturbação é frequentemente caracterizado pelos outros como «não é ele/ela». Apesar de partilhar o termo «personalidade» com as outras perturbações da personalidade, este diagnóstico distingue-se em virtude da sua etiologia específica, fenomenologia diferente e início e curso mais variáveis.

A apresentação clínica num determinado indivíduo pode depender da natureza e localização do processo patológico. Por exemplo, a lesão dos lobos frontais pode produzir sintomas tais como incapacidade de julgamento ou planeamento, jocosidade, desinibição e euforia. Acidentes vasculares do hemisfério direito têm frequentemente evocado alterações da personalidade em associação com negligência espacial unilateral, anosognosia (incapacidade de reconhecer o défice físico ou funcional, tal como hemiparesia), impersistência motora e outros défices neurológicos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Uma variedade de condições neurológicas ou outras alterações médicas podem levar a alterações da personalidade, incluindo neoplasias do sistema nervoso central, traumatismo craniano, doença cerebrovascular, doença de Huntington, epilepsia, condições infeciosas com envolvimento do sistema nervoso central (por exemplo, VIH), condições endócrinas (por

exemplo, hipotiroidismo, hipo e hiperadrenocorticismo), e condições autoimunes com envolvimento do sistema nervoso central (por exemplo, lúpus eritematoso sistémico). Os achados do exame físico e laboratoriais associados e os padrões de prevalência e início refletem os de uma condição neurológica ou de outra condição médica.

Diagnóstico Diferencial

Condições médicas crónicas associadas a dor e incapacidade. As condições médicas crónicas associadas a dor e incapacidade podem também estar associadas a alterações da personalidade. O diagnóstico de alteração da personalidade devida a outra condição médica só é dado se um mecanismo fisiopatológico direto puder ser estabelecido. Este diagnóstico não é dado se a alteração for devida a ajustamento comportamental ou psicológico ou for uma resposta a outra condição médica (por exemplo, comportamento dependente que resulta da necessidade de assistência por terceiros após traumatismo craniano grave, doença cardiovascular ou demência).

***Delirium* ou perturbação neurocognitiva major.** As alterações da personalidade são uma característica frequentemente associada a *delirium* ou a perturbação neurocognitiva major. Um diagnóstico separado de alteração da personalidade devida a outra condição médica não deverá ser dado se a alteração ocorrer exclusivamente durante o curso de *delirium*. No entanto, o diagnóstico de alteração da personalidade devida a outra condição médica pode ser dado, para além de perturbação neurocognitiva major, se a alteração da personalidade for uma parte proeminente na apresentação clínica.

Outra perturbação mental devida a outra condição médica. O diagnóstico de alteração da personalidade devida a outra condição médica não é dado se a perturbação for mais bem explicada por outra perturbação mental devida a outra condição médica (por exemplo, perturbação depressiva devido a tumor cerebral).

Perturbações de uso de substâncias. Alterações da personalidade também podem ocorrer no contexto de perturbações de uso de substâncias, principalmente se a perturbação for de longa data. O clínico deverá inquirir cuidadosamente sobre a natureza e extensão do uso de substâncias. Se o clínico desejar indicar a relação etiológica entre a alteração da personalidade e o uso de substâncias, a categoria não especificada para a substância específica pode ser utilizada (por exemplo, perturbação relacionada com um estimulante não especificada).

Outras perturbações mentais. Alterações marcadas da personalidade podem ser uma característica associada de outra perturbação mental (por exemplo, esquizofrenia; perturbação delirante; perturbações depressiva e bipolar; perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação ou não especificada; perturbação de pânico). No entanto, nestas perturbações, não se pensa haver nenhum fator etiologicamente relacionado com a alteração da personalidade.

Outras perturbações da personalidade. A alteração da personalidade devida a outra condição médica pode ser distinguida de outra perturbação da personalidade pela necessidade da presença de uma alteração clinicamente significativa de um funcionamento da personalidade de base e a presença de uma condição médica etiológica específica.

Perturbação da Personalidade com Outra Especificação

301.89 (F60.89)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação da personalidade que causam mal-estar clinicamente significativo e défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento são predominantes, mas não preenchem todos os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações da personalidade. A categoria perturbação da personalidade com outra especificação é usada nas situações nas quais o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação da personalidade específica. Isso é feito registando «perturbação da personalidade com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «características mistas de personalidade»).

Perturbação da Personalidade Não Especificada

301.9 (F60.9)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais os sintomas característicos de uma perturbação da personalidade, que causam mal-estar clinicamente significativo e défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento são predominantes, mas não preenchem todos os critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações da personalidade. A categoria perturbação da personalidade não especificada é usada em situações nas quais o clínico escolhe *não* especificar a razão pela qual os critérios não são preenchidos para uma perturbação da personalidade específica e inclui apresentações nas quais existe informação insuficiente para fazer um diagnóstico mais específico.

Perturbações Parafílicas

Neste manual incluem-se as seguintes perturbações parafílicas: perturbação de voyeurismo (espiar outras pessoas durante atividades privadas), perturbação de exibicionismo (exposição dos genitais), perturbação de frotteurismo (tocar ou roçar numa pessoa que não o permite), perturbação de masochismo sexual (ser submetido a humilhação, *bondage* ou sofrimento), perturbação de sadismo sexual (infligir humilhações, *bondage* ou sofrimento), perturbação de pedofilia (foco sexual em crianças), perturbação de fetichismo (usar objetos inanimados ou ter um foco altamente específico em partes do corpo que não os genitais) e perturbação de travestismo (atração por vestuário travestido sexualmente excitante). Estas perturbações têm sido tradicionalmente selecionadas para integrarem listas de diagnósticos específicos com atribuição de critérios de diagnóstico explícitos do DSM por duas razões principais: em relação a outras perturbações parafílicas são relativamente comuns e, algumas delas, envolvem comportamentos que, pelo seu caráter nocivo ou potencialmente lesivo, são considerados crimes. A lista de perturbações parafílicas possíveis não se esgota nas oito perturbações descritas. Muitas outras parafilias têm sido identificadas e quase todas elas poderiam ser incluídas nas perturbações parafílicas, dadas as consequências negativas que têm sobre os próprios e sobre os outros. O diagnóstico das perturbações parafílicas com outra especificação ou não especificadas torna-se, assim, indispensável e irá ser necessário em muitos casos.

Neste capítulo, a ordem de apresentação das perturbações parafílicas corresponde genericamente aos esquemas de classificação comuns para estas perturbações. O primeiro grupo de perturbações baseia-se na *preferência por atividades anómalas*. Estas perturbações encontram-se subdivididas em *perturbações de cortejar*, que se assemelham a componentes distorcidos desse comportamento humano (perturbação de voyeurismo, perturbação de exibicionismo e perturbação de frotteurismo) e *perturbações algolâgnicas*[1], que envolvem dor e sofrimento (perturbação de masochismo sexual e perturbação de sadismo sexual). O segundo grupo baseia-se em *preferências por objetos anómalos*. Estas perturbações incluem uma dirigida a outros humanos (perturbação de pedofilia) e duas dirigidas a outro objeto (perturbação de fetichismo e perturbação de travestismo).

O termo *parafilia* refere-se a qualquer outro interesse sexual intenso e persistente que não o interesse na estimulação genital ou carícias preparatórias consentidas com parceiros humanos fenotipicamente normais e fisicamente adultos. Nalgumas circunstâncias, o critério «intenso e persistente» pode ser difícil de aplicar, como na avaliação de pessoas que são muito idosas ou medicamente doentes que podem não manifestar qualquer tipo de interesse

[1] De algolagnia (do grego ἄλγος, algos, «dor», e λαγνεία, lagnia, «luxúria»). (*N. do T.*)

sexual «intenso». Em tais circunstâncias, o termo *parafilia* pode ser definido como qualquer interesse sexual igual ou aumentado comparativamente aos interesses sexuais normofílicos. Também existem parafilias específicas que são, em geral, mais bem descritas como interesses sexuais *preferenciais* do que como interesses sexuais intensos.

Algumas parafilias dizem respeito, em primeiro lugar, às atividades eróticas do indivíduo, enquanto outras estão sobretudo relacionadas com os objetos eróticos do indivíduo. Exemplos das primeiras podem incluir o interesse intenso e persistente em espancar, chicotear, cortar, amarrar ou estrangular outra pessoa, ou um interesse nestas atividades que iguala ou ultrapassa o interesse do indivíduo na copulação ou numa interação equivalente com outra pessoa. Exemplos das últimas podem incluir o interesse sexual intenso ou preferencial por crianças, cadáveres, amputados (como classe), bem como o interesse intenso ou preferencial por animais, como cavalos ou cães, ou por objetos inanimados, como sapatos ou artigos feitos de borracha.

Uma *perturbação parafílica* é uma parafilia que no presente causa mal-estar ou défices no indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação ocasionou dano pessoal ou risco de dano a outros. A parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente, para se ter uma perturbação parafílica, e uma parafilia, por si só, não justifica, ou requer automaticamente, uma intervenção clínica.

Nos critérios de diagnóstico de cada perturbação parafílica, o Critério A especifica a natureza qualitativa da parafilia (por exemplo, um foco erótico em crianças ou na exposição dos genitais a estranhos) e o Critério B especifica as consequências negativas da parafilia (isto é, mal-estar, défices ou danos causados aos outros). Na distinção entre parafilias e perturbações parafílicas, o termo *diagnóstico* deve ser reservado a indivíduos que preenchem os Critérios A e B (isto é, os indivíduos que têm uma perturbação parafílica). Se um indivíduo preenche o Critério A mas não o Critério B para uma determinada parafilia – uma circunstância que pode surgir quando uma parafilia benigna é descoberta durante a investigação clínica de outra condição –, pode afirmar-se que o indivíduo tem uma parafilia, mas não uma perturbação parafílica.

Não é raro que um indivíduo apresente duas ou mais parafilias. Nalguns casos, os focos parafílicos estão intimamente relacionados e a relação entre as parafilias é intuitivamente compreensível (por exemplo, fetiche por pés e fetiche por sapatos). Noutros casos, a ligação entre as parafilias não é óbvia e a presença de múltiplas parafilias pode ser coincidente ou estar mais relacionada com alguma vulnerabilidade generalizada a anomalias do desenvolvimento psicossexual. Em qualquer caso, se mais do que um parafilia estiver a provocar mal-estar ao indivíduo ou dano a outro, pode ser necessário atribuir separadamente diagnósticos comórbidos de perturbações parafílicas.

Dada a natureza dupla do diagnóstico das perturbações parafílicas, as escalas de avaliação preenchidas pelo clínico ou de autopreenchimento e a avaliação da gravidade podem aferir a intensidade da própria parafilia ou a gravidade das suas consequências. Embora o mal-estar e o défice estipulados no Critério B sejam essenciais por serem o resultado imediato ou último da parafilia e não o resultado direto de um outro fator, os fenómenos de depressão reativa, ansiedade, culpa, história ocupacional pobre, relações sociais deficitárias, entre outros, não são únicos em si mesmos e podem ser quantificados através de instrumentos de medida multiusos do funcionamento psicossocial ou da qualidade de vida.

A forma mais abrangente de avaliar a intensidade de uma parafilia passa por avaliar as fantasias, impulsos e comportamentos sexuais parafílicos dos examinandos em comparação

com os interesses e comportamentos sexuais normofílicos. Numa entrevista clínica ou em questionários de autopreenchimento, os examinados podem ser questionados sobre se as suas fantasias, impulsos ou comportamentos são menos, aproximadamente iguais ou mais intensos do que os seus interesses e comportamentos sexuais normofílicos. Este tipo de comparação pode ser, e habitualmente é, aplicada em medidas psicofisiológicas do interesse sexual, tais como a pletismografia peniana no sexo masculino, ou a medição do tempo de visionamento nos sexos masculino e feminino.

Perturbação de Voyeurismo

Critérios de Diagnóstico 302.82 (F65.3)

A. Excitação sexual recorrente e intensa pela observação, insuspeitadamente, de uma pessoa nua, que se está a despir ou envolvida em atividade sexual, manifestada por fantasias, impulsos e comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.
B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
C. O indivíduo que sente excitação e/ou atuou de acordo com os impulsos tem pelo menos 18 anos.

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde as oportunidades para se envolverem em comportamentos voyeurísticos são restritas.

Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar ou não ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Especificadores

O especificador «em remissão completa» não se refere à presença continuada ou à ausência de voyeurismo *per se*, o qual pode estar presente depois de terem remitido os comportamentos e o mal-estar.

Características de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico da perturbação de voyeurismo podem aplicar-se quer a indivíduos que revelam o seu interesse parafílico de forma mais ou menos espontânea quer a indivíduos que negam categoricamente qualquer excitação sexual decorrente da observação, de forma insuspeitada, de uma pessoa nua, que se está a despir ou envolvida em atividade sexual, apesar da considerável evidência objetiva do contrário. Os primeiros podem ser diagnosticados com perturbação de voyeurismo se também referirem mal-estar ou problemas psicológicos devidos às suas preferências sexuais voyeurísticas. Por outro lado, se não referirem mal-estar, demonstrado pela ausência de ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha acerca desses impulsos parafílicos, e se não existem défices noutras áreas importantes do funcionamento devido este interesse

sexual, e se as suas histórias psiquiátrica e legal não indicam que atuem de acordo com este interesse, podem ser referidos como tendo um interesse sexual voyeurístico, mas *não* devem ser diagnosticados com uma perturbação de voyeurismo.

Os indivíduos que não revelam o interesse voyeurístico incluem, por exemplo, indivíduos conhecidos por terem espiado, em diferentes ocasiões e de forma repetida e insuspeitada, pessoas nuas ou envolvidas em atividade sexual, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias relativas a tal comportamento sexual, e podem referir que os episódios conhecidos de observação, insuspeitadamente, de pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais foram todas acidentais e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de observação, de forma insuspeitada, de pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais, mas refutar qualquer interesse significativo ou mantido neste comportamento. Uma vez que estes indivíduos neguem ter fantasias ou impulsos que envolvam a observação de outras pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais, irão, também e consequentemente, rejeitar sentir-se subjetivamente angustiados ou socialmente prejudicados por estes impulsos. Apesar da sua atitude de não revelar o interesse voyeurístico, podem ser diagnosticados com perturbação de voyeurismo. Os comportamentos de voyeurismo recorrentes constituem evidência suficiente para voyeurismo (pelo preenchimento do Critério A) e simultaneamente demonstram que este comportamento motivado pela parafilia está a causar dano aos outros (pelo preenchimento do Critério B).

Espiar, de forma «recorrente» e insuspeitada, pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais (isto é, múltiplas vítimas, cada uma em ocasiões separadas) pode, como regra geral, ser interpretado como 3 ou mais vítimas em ocasiões separadas. Um número inferior de vítimas pode ser interpretado como satisfazendo este critério se existiram múltiplas ocasiões de observação da mesma vítima ou se existiu evidência de um interesse distinto ou preferencial na observação secreta e insuspeitada de pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais. É de notar que múltiplas vítimas, como anteriormente sugerido, é uma condição suficiente, mas não uma condição necessária, para o diagnóstico. Os critérios também podem ser preenchidos se a pessoa admite um interesse sexual voyeurístico intenso.

O período de tempo referido no Critério A, que indica que sinais e sintomas de voyeurismo devem ter persistido durante pelo menos 6 meses, deve também ser entendido como uma linha de orientação genérica e não como um limiar estrito, de modo a assegurar que o interesse sexual na observação secreta e insuspeitada de pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais não é meramente transitório.

A adolescência e a puberdade em geral aumentam a curiosidade e a atividade sexuais. Para mitigar o risco de tornar patológico o interesse e comportamento sexuais normativos durante a adolescência púbere, a idade mínima para o diagnóstico de perturbação de voyeurismo é de 18 anos (Critério C).

Prevalência

Os atos de voyeurismo são os comportamentos sexuais potencialmente infratores da lei mais comuns. A prevalência populacional da perturbação de voyeurismo é desconhecida. Contudo, com base em amostras não clínicas de atos sexuais de voyeurismo, a prevalência mais elevada possível de perturbação de voyeurismo durante a vida é de cerca de 12% no sexo masculino e 4% no sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com perturbação de voyeurismo muitas vezes tomam conhecimento pela primeira vez do seu interesse sexual na observação secreta e insuspeitada de pessoas durante a adolescência. Contudo, a idade mínima para o diagnóstico de perturbação de voyeurismo é de 18 anos porque existe uma dificuldade significativa em distingui-la da curiosidade e atividade sexuais relacionadas com a puberdade e próprias da idade. A persistência ao longo do tempo de voyeurismo não é clara. A perturbação de voyeurismo requer, por definição, um ou mais fatores contribuintes que se podem alterar ao longo do tempo, com ou sem tratamento: mal-estar subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa, isolamento), morbilidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual; défice psicossocial; e/ou propensão para agir sexualmente espiando, secreta e insuspeitadamente, pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais. Por conseguinte, é provável que o curso da perturbação de voyeurismo varie com a idade.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. O voyeurismo é uma condição prévia necessária para a perturbação de voyeurismo. Por isso, os fatores de risco para o voyeurismo também aumentam o risco para a perturbação de voyeurismo.

Ambientais. Abuso sexual na infância, abuso de substâncias e preocupação sexual/hipersexualidade têm sido apontados como fatores de risco, embora a relação causal para voyeurismo seja incerta e a especificidade pouco clara.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Em contextos clínicos, a perturbação de voyeurismo é muito rara no sexo feminino, enquanto a relação masculino-feminino para atos voyeurísticos isolados geradores de excitação sexual pode ser de 3:1.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação do comportamento e perturbação antissocial da personalidade. A perturbação do comportamento em adolescentes e a perturbação antissocial da personalidade podem ser caracterizadas pelo desrespeito das normas e por comportamentos antissociais, devendo estar ausente o interesse sexual específico na observação secreta e insuspeitada de pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais.

Perturbações de uso de substâncias. As perturbações de uso de substâncias podem envolver episódios de voyeurismo isolados por pessoas intoxicadas, mas não devem envolver o interesse sexual típico em observar, secreta e insuspeitadamente, pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais. Por isso, as fantasias sexuais, os impulsos e os comportamentos voyeurísticos recorrentes que também ocorrem quando o indivíduo não está intoxicado sugerem que a perturbação de voyeurismo possa também estar presente.

Comorbilidades

As comorbilidades conhecidas na perturbação de voyeurismo são, em grande parte, baseadas na investigação com homens suspeitos ou condenados por atos que envolvem observar, secreta e insuspeitadamente, pessoas nuas ou envolvidas em práticas sexuais. Por isso, estas comorbilidades podem não ocorrer com todas as pessoas com perturbação de voyeurismo.

As perturbações comórbidas com a perturbação de voyeurismo incluem a hipersexualidade e outras perturbações parafílicas, em especial a perturbação de exibicionismo. São, igualmente, condições comórbidas frequentes as perturbações depressivas, bipolares, de ansiedade e de uso de substâncias, a perturbação de hiperatividade/défice de atenção, a perturbação do comportamento e a perturbação antissocial da personalidade.

Perturbação de Exibicionismo

Critérios de Diagnóstico 302.4 (F65.2)

A. Excitação sexual recorrente e intensa pela exibição dos próprios genitais a um estranho de forma inesperada, manifestada por fantasias, impulsos e comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.

B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a uma criança pré-púbere
Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a pessoas fisicamente adultas
Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes e a pessoas fisicamente adultas

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde as oportunidades para exibirem os seus genitais são restritas.

Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Subtipos

Os subtipos da perturbação de exibicionismo baseiam-se na idade e na maturidade física das pessoas que não o permitem a quem o indivíduo prefere exibir os seus genitais. As pessoas que não o permitem podem ser crianças pré-púberes, adultos ou ambos. Este especificador deve ajudar alertar para as características das vítimas dos indivíduos com perturbação de exibicionismo, a fim de prevenir que a coocorrência de perturbação de pedofilia seja negligenciada. Contudo, indícios de que o indivíduo com perturbação de exibicionismo é sexualmente atraído pela exposição dos seus próprios genitais a crianças não deve excluir um diagnóstico de perturbação de pedofilia.

Especificadores

O especificador «em remissão completa» não se refere à presença continuada ou à ausência de exibicionismo *per se*, o qual pode estar presente depois de terem remitido os comportamentos e o mal-estar.

Características de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico da perturbação de exibicionismo podem aplicar-se quer a indivíduos que revelam esta parafilia de forma mais ou menos espontânea quer a indivíduos que negam categoricamente qualquer atração sexual pela exibição, de forma insuspeitada, dos seus genitais a pessoas que não o permitem, apesar da considerável evidência objetiva do contrário. Os primeiros podem ser diagnosticados com perturbação de exibicionismo se também referirem dificuldades psicológicos devidas à sua atração sexual ou preferências pela exibição. Por outro lado, se não referirem mal-estar (exemplificado pela ausência de ansiedade, obsessões e culpa ou vergonha acerca desses impulsos parafílicos) e se não existem défices noutras áreas importantes do funcionamento, e se as suas histórias psiquiátrica e legal não indicam que atuem de acordo com estes impulsos, podem ser referidos como tendo um interesse sexual exibicionístico, mas *não* devem ser diagnosticados com uma perturbação de exibicionismo.

Os indivíduos que não revelam o interesse exibicionístico incluem, por exemplo, indivíduos que, em diferentes ocasiões e repetidamente, se exibiram a pessoas insuspeitadamente, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias relativas a tal comportamento sexual, e podem referir que os episódios conhecidos de exibicionismo foram todos acidentais e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de comportamento sexual envolvendo a exibição dos genitais, mas refutar qualquer interesse significativo ou mantido nesse comportamento. Uma vez que estes indivíduos neguem ter impulsos ou fantasias que envolvam a exibição dos genitais, irão, também e consequentemente, rejeitar sentir-se subjetivamente angustiados ou socialmente prejudicados por esses impulsos. Apesar da sua atitude de não revelar o interesse exibicionístico, estes indivíduos podem ser diagnosticados com perturbação de exibicionismo. Os comportamentos de exibicionismo recorrentes constituem evidência suficiente para exibicionismo (Critério A) e simultaneamente demonstram que este comportamento motivado pela parafilia está a causar dano aos outros (Critério B).

A exibição dos genitais «recorrente» e insuspeitada a outras pessoas (isto é, múltiplas vítimas, cada uma em ocasiões separadas) pode, como regra geral, ser interpretada como 3 ou mais vítimas em ocasiões separadas. Um número inferior de vítimas pode ser interpretado como satisfazendo este critério se existiram múltiplas ocasiões de exibicionismo à mesma vítima, ou se existiu evidência de um interesse forte ou preferencial na exibição insuspeitada dos genitais a outras pessoas. É de notar que múltiplas vítimas, como anteriormente sugerido, é uma condição suficiente, mas não uma condição necessária, para o diagnóstico, na medida em que os critérios podem ser preenchidos se a pessoa admite interesse sexual exibicionista intenso com mal-estar e/ou défices.

O período de tempo referido no Critério A, que indica que sinais e sintomas de exibicionismo devem ter persistido durante pelo menos 6 meses, deve também ser entendido como uma linha de orientação genérica e não como um limiar estrito, de modo a assegurar que o interesse sexual na exibição insuspeitada dos genitais a outras pessoas não é meramente transitório.

Prevalência

A prevalência da perturbação de exibicionismo é desconhecida. Contudo, com base em amostras não clínicas ou da população geral de atos sexuais de exibicionismo, a maior prevalência possível de perturbação de exibicionismo é de 2%-4% na população masculina. A prevalência da perturbação de exibicionismo no sexo feminino é ainda mais incerta, mas crê-se que é muito inferior à da do sexo masculino.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com perturbação de exibicionismo tomam muitas vezes conhecimento pela primeira vez do seu interesse sexual na exibição insuspeitada dos seus genitais a outras pessoas durante a adolescência, um pouco depois do desenvolvimento típico do interesse sexual normativo nos sexos masculino e feminino. Embora não exista idade mínima para o diagnóstico de perturbação de exibicionismo, pode ser difícil distinguir os comportamentos exibicionistas da curiosidade sexual característica dos adolescentes. Enquanto os impulsos exibicionistas surgem aparentemente na adolescência ou no início da idade adulta, muito pouco se sabe acerca da sua persistência ao longo do tempo. A perturbação de exibicionismo requer, por definição, um ou mais fatores adicionais que se podem alterar ao longo do tempo, com ou sem tratamento; mal-estar subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa, isolamento); morbilidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual; défice psicossocial; e/ou propensão para agir sexualmente exibindo, de forma insuspeitada, os genitais a outras pessoas. Por conseguinte, é provável que o curso da perturbação de exibicionismo varie com a idade. Tal como acontece com outras preferências sexuais, o aumento da idade parece estar associado à diminuição dos comportamentos e das preferências sexuais exibicionísticas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Uma vez que o exibicionismo é uma condição prévia necessária para a perturbação de exibicionismo, os fatores de risco para exibicionismo também aumentam o risco para a perturbação de exibicionismo. História de comportamentos antissociais, perturbação antissocial da personalidade, abuso de álcool e preferência sexual pedófila poderão aumentar o risco de recidiva sexual em agressores exibicionistas. Por isso, a perturbação antissocial da personalidade, o abuso de álcool e interesse pedófilo podem ser considerados fatores de risco para a perturbação de exibicionismo em homens com preferências sexuais exibicionísticas.

Ambientais. Abuso sexual e emocional na infância e preocupação sexual/hipersexualidade têm sido apontados como fatores de risco, embora a relação causal para exibicionismo seja incerta e a especificidade pouco clara.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação de exibicionismo é muito incomum no sexo feminino, enquanto atos exibicionistas isolados geradores de excitação sexual podem ocorrer no sexo feminino com uma frequência até metade da que se verifica no sexo masculino.

Consequências Funcionais da Perturbação de Exibicionismo

As consequências funcionais da perturbação de exibicionismo não têm sido objeto de investigação que envolva indivíduos que não agiram sexualmente exibindo, insuspeitadamente, os seus genitais a estranhos, mas que preenchem o Critério B pela experiência de mal-estar emocional intenso devido às suas preferências sexuais.

Diagnóstico Diferencial

Muitos dos potenciais diagnósticos diferenciais de perturbação de exibicionismo também podem ocorrer como perturbações comórbidas. Assim, em geral é necessário avaliar a evidência existente para perturbação de exibicionismo e outras possíveis condições como questões separadas.

Perturbação do comportamento e perturbação antissocial da personalidade. A perturbação do comportamento em adolescentes e a perturbação antissocial da personalidade podem ser caracterizadas por comportamentos antissociais e de desrespeito das normas, devendo estar ausente o interesse sexual específico pela exibição dos genitais.

Perturbação de uso de substâncias. As perturbações de uso de álcool e de substâncias podem envolver episódios de exibicionismo isolados por indivíduos intoxicados, mas não devem envolver o interesse sexual típico em exibir, de forma insuspeitada, os genitais a outras pessoas. Por isso, as fantasias sexuais, os impulsos e os comportamentos exibicionistas recorrentes que também ocorrem quando o indivíduo não está intoxicado sugerem que a perturbação de exibicionismo também pode estar presente.

Comorbilidades

As comorbilidades conhecidas na perturbação de exibicionismo são, em grande parte, baseadas na investigação com indivíduos condenados (em geral todos do sexo masculino) por atos que envolvem a exibição dos genitais a pessoas que não o permitem. Por isso, estas comorbilidades podem não ocorrer em todas as pessoas com perturbação de exibicionismo. As perturbações que são com frequência comórbidas com a perturbação de exibicionismo e com elevadas taxas incluem as perturbações depressivas, bipolares, de ansiedade e de uso de substâncias; hipersexualidade; perturbação de hiperatividade/défice de atenção; outras perturbações parafílicas; e perturbação antissocial da personalidade.

Perturbação de Frotteurismo

Critérios de Diagnóstico 302.89 (F65.81)

A. Excitação sexual recorrente e intensa por tocar ou roçar uma pessoa que não o permite, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.
B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para tocar ou roçar uma pessoa que não o permite.

Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Especificadores

O especificador «em remissão completa» não se refere à presença continuada ou à ausência de frotteurismo *per se*, o qual pode estar presente depois de terem remitido os comportamentos e o mal-estar.

Características de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico da perturbação de frotteurismo podem aplicar-se quer a indivíduos que revelam esta parafilia de forma mais ou menos espontânea quer a indivíduos que negam categoricamente qualquer atração sexual por tocar ou roçar pessoas que não o permitem, apesar da considerável evidência objetiva do contrário. Os primeiros podem ser diagnosticados com perturbação de frotteurismo se também referirem défices psicossociais devidos às suas preferências sexuais por tocar ou roçar pessoas que não o permitem. Por outro lado, se não referirem mal-estar (exemplificado pela ausência de ansiedade, obsessões e culpa ou vergonha) acerca desses impulsos parafílicos e se não existem défices noutras áreas importantes do funcionamento devidos ao seu interesse sexual, e se as suas histórias psiquiátrica e legal não indicam que atuem de acordo com estes impulsos, podem ser referidos como tendo um interesse sexual frotteurístico, mas *não* devem ser diagnosticados com uma perturbação de frotteurismo.

Os indivíduos que não revelam o interesse frotteurístico incluem, por exemplo, indivíduos que, em diferentes ocasiões, tocaram ou roçaram pessoas que não o permitiram, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias relativas a esse comportamento sexual. Tais indivíduos podem referir que os episódios identificados de tocar e roçar pessoas contra a sua vontade foram todos não intencionais e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de tocar e roçar pessoas que não o permitem, mas refutar qualquer interesse sexual principal ou persistente nesse comportamento. Uma vez que estes indivíduos neguem ter fantasias ou impulsos por tocar ou roçar, irão em consequência rejeitar sentir-se subjetivamente angustiados ou psicologicamente prejudicados por esses impulsos. Apesar de a sua atitude de não revelar este interesse, estes indivíduos podem ser diagnosticados com perturbação de frotteurismo. Os comportamentos frotteurísticos *recorrentes* constituem evidência satisfatória para frotteurismo (pelo preenchimento do Critério A) e simultaneamente demonstram que este comportamento motivado pela parafilia está a causar dano aos outros (pelo preenchimento do Critério B).

O tocar e roçar «recorrente» pessoas que não o permitem (isto é, múltiplas vítimas, cada uma em ocasiões separadas) pode, como regra geral, ser interpretado como 3 ou mais vítimas em ocasiões separadas. Um número inferior de vítimas pode ser interpretado como satisfazendo este critério se existiram múltiplas ocasiões do tocar ou roçar uma mesma pessoa contra a sua vontade, ou se existiu evidência de um interesse forte ou preferencial em tocar ou roçar pessoas que não o permitem. É de notar que múltiplas vítimas, como anteriormente sugerido, é uma condição suficiente, mas não uma condição necessária, para o diagnóstico. Os critérios também podem ser preenchidos se a pessoa admite interesse sexual frotteurístico intenso com mal-estar e/ou défices clinicamente significativos.

O período de tempo referido no Critério A, que indica que sinais ou sintomas de frotteurismo devem ter persistido durante pelo menos 6 meses, deve também ser entendido como uma linha de orientação genérica e não como um limiar estrito, de modo a assegurar que o interesse sexual por tocar ou roçar pessoas que não o permitem não é transitório. Por isso, a parte do Critério A que se refere à duração deve também ser preenchida se existir evidência clara de comportamentos recorrentes ou de mal-estar ao longo de um período de tempo mais curto, mas não transitório.

Prevalência

Atos de frotteurismo, incluindo o tocar e roçar pessoas sem que para isso seja autorizado, podem ocorrer até 30% dos homens adultos na população em geral. Aproximadamente 10%-14% dos homens adultos observados em contexto clínico ambulatório dirigido a perturbações parafílicas

e hipersexualidade têm uma apresentação que preenche os critérios para perturbação de frotteurismo. Desse modo, apesar de a prevalência da perturbação de frotteurismo na população geral ser desconhecida, não é provável que esta exceda a frequência encontrada em contextos clínicos selecionados.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com perturbação de frotteurismo tomam muitas vezes conhecimento pela primeira vez do seu interesse sexual em tocar pessoas sub-repticiamente e de forma insuspeitada durante o final da adolescência ou no início da idade adulta. Porém, as crianças e os adolescentes também podem tocar ou roçar outras pessoas de forma não consentida na ausência do diagnóstico de perturbação de frotteurismo. Embora não exista uma idade mínima para este diagnóstico, em indivíduos com idades mais jovens pode ser difícil distinguir comportamentos sem motivação sexual presentes numa perturbação do comportamento dos comportamentos da perturbação de frotteurismo. A persistência do frotteurismo ao longo do tempo é incerta. A perturbação de frotteurismo requer, por definição, um ou mais fatores adicionais que se podem alterar ao longo do tempo, com ou sem tratamento: mal-estar subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa, isolamento); morbilidade psiquiátrica; hipersexualidade e impulsividade sexual; défice psicossocial; e/ou propensão para agir sexualmente ao tocar ou roçar pessoas que não o permitem. Por conseguinte, é provável que o curso da perturbação de frotteurismo varie com a idade. Tal como acontece com outras preferências sexuais, o aumento da idade parece estar associado à diminuição dos comportamentos e das preferências sexuais frotteurísticas.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Comportamentos antissociais não sexuais e preocupação sexual/hipersexualidade podem ser fatores de risco inespecíficos, embora a relação causal para frotteurismo seja incerta e a especificidade pouco clara. Contudo, o frotteurismo é uma condição prévia necessária para perturbação de frotteurismo, pelo que os fatores de risco para frotteurismo devem aumentar o risco de perturbação de frotteurismo.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Parece existir um número substancialmente menor de mulheres com preferências sexuais frotteurísticas do que de homens.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação do comportamento e perturbação antissocial da personalidade. A perturbação do comportamento em adolescentes e a perturbação antissocial da personalidade podem ser caracterizadas por comportamentos antissociais e de desrespeito das normas, devendo estar ausente o interesse sexual específico por tocar ou roçar pessoas que não o permitem.

Perturbação de uso de substâncias. As perturbações de uso de substâncias, particularmente as que envolvem estimulantes como a cocaína e as anfetaminas, podem envolver episódios de frotteurismo isolados por indivíduos intoxicados, mas não devem envolver o típico interesse sexual mantido por tocar ou roçar pessoas que não o permitem. Por isso, as fantasias, os impulsos e os comportamentos sexuais frotteurísticos recorrentes que também ocorrem

quando o indivíduo não está intoxicado sugerem que a perturbação de frotteurismo também pode estar presente.

Comorbilidades

As comorbilidades conhecidas na perturbação de frotteurismo são, em grande parte, baseadas na investigação com indivíduos do sexo masculino suspeitos ou condenados por atos criminosos que envolvem tocar ou roçar pessoas que não o permitem com motivações sexuais. Por isso, estas comorbilidades podem não se aplicar a outros indivíduos com o diagnóstico de perturbação de frotteurismo baseada em mal-estar subjetivo acerca dos seus interesses sexuais. As condições que são comórbidas com a perturbação de frotteurismo incluem hipersexualidade e outras perturbações parafílicas, particularmente as perturbações de exibicionismo e de voyeurismo. Também coocorrem a perturbação do comportamento, a perturbação antissocial da personalidade, as perturbações depressivas, as perturbações bipolares, as perturbações de ansiedade e as perturbações de uso de substâncias. Potenciais diagnósticos diferenciais de perturbação de frotteurismo ocorrem, por vezes, como perturbações comórbidas. Por conseguinte, em geral é necessário avaliar a evidência para a perturbação de frotteurismo e possíveis perturbações comórbidas como questões separadas.

Perturbação de Masochismo Sexual

Critérios de Diagnóstico 302.83 (F65.51)

A. Excitação sexual recorrente e intensa pelo ato de ser humilhado, agredido, amarrado ou submetido a qualquer outro sofrimento, manifestada por fantasias, impulsos e comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

Especificar se:

Com asfixiofilia. Se o indivíduo se envolve na prática de obter excitação sexual através da restrição da respiração.

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para se envolver em comportamentos sexuais masochistas.

Em remissão completa. Não houve mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Características de Diagnóstico

Os critérios diagnósticos da perturbação de masochismo sexual destinam-se a ser aplicados a pessoas que admitem livremente terem tais interesses parafílicos. Estes indivíduos admitem abertamente obter excitação sexual intensa decorrente do ato de serem humilhados, agredidos, presos ou submetidos a qualquer outro sofrimento, como manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos. Se estes indivíduos também referem dificuldades psicossociais devidas às suas

atrações ou preferências sexuais por serem humilhados, agredidos, amarrados ou submetidos a qualquer outro sofrimento, podem ser diagnosticados com perturbação de masochismo sexual. Por outro lado, se não referirem mal-estar, exemplificado por ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha acerca destes impulsos parafílicos, e não se sentirem prejudicados por eles na persecução de outros objetivos pessoais, podem ser referidos como tendo um interesse sexual masochista, mas *não* devem ser diagnosticados com uma perturbação de masochismo sexual.

O período de tempo referido no Critério A, que indica que sinais ou sintomas de masochismo devem ter persistido durante pelo menos 6 meses, deve ser entendido como uma linha de orientação genérica e não como um limiar estrito, de modo a assegurar que o interesse sexual em ser humilhado, agredido, amarrado ou submetido a qualquer outro sofrimento não é meramente transitório. Contudo, a perturbação pode ser diagnosticada no contexto de período de tempo claramente mantido, mas mais curto.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O uso extenso de pornografia que envolve o ato de ser humilhado, agredido, amarrado ou submetido a qualquer outra forma de sofrimento é, por vezes, uma característica associada à perturbação de masochismo sexual.

Prevalência

A prevalência de perturbação de masochismo sexual na população é desconhecida. Na Austrália, foi estimado que 2,2% do sexo masculino e 1,3% do feminino estiveram envolvidos em *bondage* e disciplina, sadomasochismo ou dominação e submissão nos últimos 12 meses.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos com parafilias que vivem na comunidade referiram os 19,3 anos como a idade média de início de masochismo, embora também tenham sido referidas idades mais jovens, incluindo a puberdade e a infância. Muito pouco se sabe sobre a sua persistência ao longo do tempo. Por definição, a perturbação de masochismo sexual requer um ou mais fatores contribuintes, os quais se podem alterar ao longo do tempo, com ou sem tratamento. Esses incluem mal-estar subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa, isolamento), morbilidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual e disfunção psicossocial. Por conseguinte, é provável que o curso da perturbação de masochismo sexual varie com a idade. O aumento da idade parece estar associado ao mesmo efeito de diminuição das preferências sexuais envolvendo masochismo sexual, tal como acontece com outros comportamentos sexuais parafílicos ou normofílicos.

Consequências Funcionais da Perturbação de Masochismo Sexual

As consequências funcionais da perturbação de masochismo sexual são desconhecidas. Contudo, existe algum risco de morte acidental aquando de práticas de asfixiofilia e de outros procedimentos autoeróticos.

Diagnóstico Diferencial

Muitas das condições que poderiam fazer diagnóstico diferencial com a perturbação de masochismo sexual (por exemplo, fetichismo travestido, perturbação de sadismo sexual, hipersexualidade, perturbações de uso de álcool e de substâncias) ocorrem por vezes como diagnósticos comórbidos. Assim, é necessário avaliar cuidadosamente a evidência para a perturbação de

masochismo sexual, mantendo a possibilidade de incluir como parte do diagnóstico diferencial outras parafilias ou outras perturbações mentais. O masochismo sexual na ausência de mal-estar (isto é, sem perturbação) também é incluído no diagnóstico diferencial, uma vez que as pessoas que têm estas práticas podem estar satisfeitas com a sua orientação masochista.

Comorbilidades

As comorbilidades conhecidas com a perturbação de masochismo sexual baseiam-se, em grande medida, em pessoas em tratamento. As perturbações que ocorrem em comorbilidade com a perturbação de masochismo sexual incluem, tipicamente, outras perturbações parafílicas, tais como o fetichismo travestido.

Perturbação de Sadismo Sexual

Critérios de Diagnóstico 302.84 (F65.52)

A. Excitação sexual recorrente e intensa a partir do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, manifestada por fantasias, impulsos e comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.

B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para se envolver em comportamentos sexuais sadistas.

Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Características de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico da perturbação de sadismo sexual podem aplicar-se quer a indivíduos que admitem livremente ter tais interesses sexuais quer a indivíduos que negam categoricamente qualquer interesse sexual no sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, apesar da considerável evidência objetiva do contrário. Os indivíduos que admitem abertamente o interesse sexual intenso no sofrimento físico ou psicológico de outras pessoas são referidos como «indivíduos que admitem». Se estes indivíduos também referirem dificuldades psicossociais devidas às suas atrações ou preferências sexuais pelo sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, poderão ser diagnosticados com perturbação de sadismo sexual. Por outro lado, se os indivíduos que admitem referirem não sentir mal-estar, exemplificado por ansiedade, obsessões e culpa ou vergonha, acerca desses impulsos parafílicos e não são prejudicados por estes na persecução de outros objetivos, e se o seu autorrelato, histórias psiquiátrica e legal indicam que não atuam de acordo com esses impulsos, podem ser referidos como tendo um interesse sexual sadista, mas *não* deverão ser diagnosticados com uma perturbação de sadismo sexual.

Os indivíduos que negam qualquer interesse pelo sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa incluem, por exemplo, indivíduos conhecidos por, em diferentes ocasiões, infligirem dor ou sofrimento a múltiplas vítimas, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias relativas a tal comportamento sexual e que podem referir que os episódios identificados como violação sexual foram não intencionais ou não sexuais. Outros podem admitir episódios passados de comportamento sexual envolvendo infligir dor ou sofrimento físico ou psicológico a pessoas que não o permitem, mas não referir qualquer interesse sexual significativo ou mantido no sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa. Uma vez que estes indivíduos neguem ter impulsos ou fantasias que envolvam excitação sexual através da dor ou do sofrimento, irão consequentemente rejeitar sentir-se subjetivamente angustiados ou socialmente prejudicados por esses impulsos. Apesar da sua atitude de não revelar este interesse, estes indivíduos podem ser diagnosticados com perturbação de sadismo sexual. Os seus comportamentos recorrentes constituem evidência clínica para a presença da parafilia de sadismo sexual (pelo preenchimento do Critério A) e simultaneamente demonstram que o seu comportamento motivado pela parafilia está a causar mal-estar clinicamente significativo, dano ou risco de dano aos outros (pelo preenchimento do Critério B).

Sadismo sexual «recorrente» envolvendo pessoas que não o permitem (isto é, múltiplas vítimas, cada uma em ocasiões separadas) pode, como regra geral, ser interpretado como 3 ou mais vítimas em ocasiões separadas. Um número inferior de vítimas pode ser interpretado como satisfazendo este critério se existiram múltiplas ocasiões de infligir dor ou sofrimento a uma mesma vítima, ou se existiu evidência que corrobore um interesse forte ou preferencial na dor ou sofrimento envolvendo múltiplas vítimas. É de notar que múltiplas vítimas, como anteriormente sugerido, é uma condição suficiente, mas não uma condição necessária, para o diagnóstico, na medida em que os critérios podem ser preenchidos se a pessoa admite interesse sexual sadista intenso.

O período de tempo referido no Critério A, que indica que sinais ou sintomas de sadismo sexual devem ter persistido durante pelo menos 6 meses, deve também ser entendido como uma linha de orientação genérica e não como um limiar estrito, de modo a assegurar que o interesse sexual em infligir dor e sofrimento a pessoas que não o permitem não é meramente transitório. Contudo, o diagnóstico pode ser atribuído se existir evidência clara de comportamentos sadistas mantidos mesmo que por um período de tempo mais curto.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O uso extenso de pornografia que envolva infligir dor e sofrimento é, por vezes, uma característica associada de perturbação de sadismo sexual.

Prevalência

A prevalência de perturbação do sadismo sexual na população é desconhecida e baseia-se maioritariamente em indivíduos em contextos forenses. Dependendo dos critérios para sadismo sexual, a prevalência varia amplamente entre 2% e 30%. Nos EUA, entre os agressores sexuais da comunidade civil menos de 10% têm sadismo sexual. Entre as pessoas que cometeram homicídios por motivações sexuais, as taxas de sadismo sexual variam entre 37% e 75%.

Desenvolvimento e Curso

Os indivíduos com sadismo sexual em amostras forenses são quase exclusivamente do sexo masculino, mas uma amostra representativa da população australiana relatou que 2,2% dos homens e 1,3% das mulheres disseram ter estado envolvidos em *bondage* e disciplina,

«sadomasochismo» ou dominação e submissão no ano anterior. A informação sobre o desenvolvimento e curso da perturbação de sadismo sexual é extremamente limitada. Um estudo refere que as mulheres tomam consciência da sua orientação sadomasochista enquanto jovens adultas e um outro refere que a idade média de início de sadismo num grupo de homens era de 19,4 anos. Enquanto o sadismo sexual *per se* é provavelmente uma característica sexual para toda a vida, a perturbação de sadismo sexual pode flutuar de acordo com o mal-estar subjetivo do indivíduo ou com a sua propensão para causar dano a outras pessoas que não o permitem. O aumento da idade parece ter o mesmo efeito de diminuição nesta perturbação que tem noutros comportamentos sexuais parafílicos ou normofílicos.

Diagnóstico Diferencial

Muitas das condições que poderiam fazer diagnóstico diferencial com a perturbação de sadismo sexual (por exemplo, perturbação antissocial da personalidade, perturbação de masochismo sexual, hipersexualidade, perturbações de uso de substâncias) ocorrem por vezes como diagnósticos comórbidos. Assim, é necessário avaliar cuidadosamente a evidência para a perturbação de sadismo sexual, mantendo a possibilidade de incluir como parte do diagnóstico diferencial outras parafilias ou outras perturbações mentais. A maioria dos indivíduos que são ativos em grupos comunitários que praticam comportamentos sadistas e masochistas não expressa qualquer insatisfação com o seu interesse sexual e o seu comportamento não cumprirá os critérios do DSM-5 para perturbação de sadismo sexual. O interesse sadista, mas *não* a perturbação, pode ser considerado no diagnóstico diferencial.

Comorbilidades

As comorbilidades conhecidas na perturbação de sadismo são, em grande parte, baseadas em indivíduos (quase todos do sexo masculino) condenados por atos criminosos que envolvem atos sadistas contra vítimas que não o permitem. Por isso, estas comorbilidades podem não se aplicar a todos os indivíduos que nunca se envolveram em atividades sadistas com uma vítima que não o permite, mas que pode reunir os requisitos para perturbação de sadismo sexual, tendo por base o mal-estar subjetivo acerca do seu interesse sexual. As perturbações que, por regra, são comórbidas com a perturbação de sadismo sexual incluem outras perturbações parafílicas.

Perturbação de Pedofilia

Critérios de Diagnóstico 302.2 (F65.4)

A. Fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos, recorrentes e intensos, envolvendo atividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes (geralmente com 13 anos ou menos), por um período de pelo menos 6 meses.

B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais, ou os impulsos sexuais ou as fantasias provocam intenso mal-estar ou dificuldades interpessoais.

C. O indivíduo tem pelo menos 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velho do que a criança ou crianças do Critério A.

Nota. Não incluir um indivíduo no final da adolescência envolvido num relacionamento sexual continuado com uma criança de 12 ou 13 anos.

Especificar se:
Tipo exclusivo (atraído apenas por crianças)
Tipo não exclusivo
Especificar se:
Sexualmente atraído pelo sexo masculino
Sexualmente atraído pelo sexo feminino
Sexualmente atraído por ambos os sexos
Especificar se:
Limitada ao incesto

Características de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico da perturbação de pedofilia podem aplicar-se quer a indivíduos que admitem livremente esta parafilia quer a indivíduos que negam categoricamente qualquer atração sexual por crianças pré-púberes (geralmente com 13 anos ou menos), apesar da considerável evidência objetiva do contrário. Exemplos de admissão desta parafilia incluem reconhecer candidamente um interesse sexual intenso por crianças ou referir que o interesse sexual por crianças é maior ou igual ao interesse sexual por pessoas fisicamente adultas. Se estes indivíduos também se queixarem que as suas atrações ou preferências sexuais por crianças estão a causar dificuldades psicossociais, poderão ser diagnosticados com perturbação de pedofilia. Contudo, se referirem uma ausência de sentimentos de culpa, vergonha ou ansiedade acerca desses impulsos e não se encontram limitados funcionalmente pelos seus impulsos parafílicos (de acordo com o seu autorrelato, avaliação objetiva ou ambos), e se o seu autorrelato e registo legal indicam que nunca atuaram de acordo com os seus impulsos, estes indivíduos têm uma orientação sexual pedófila, mas não uma perturbação de pedofilia.

Os indivíduos que negam atração por crianças incluem, por exemplo, indivíduos que são conhecidos por, em diferentes ocasiões, ter abordado sexualmente crianças, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias relativas a comportamentos sexuais envolvendo crianças e que podem depois referir que os episódios conhecidos de contacto físico foram todos não intencionais ou não sexuais. Outros podem admitir episódios passados de comportamento sexual envolvendo crianças, mas negar qualquer interesse sexual significativo ou mantido por crianças. Uma vez que estes indivíduos podem negar experimentar impulsos ou fantasias que envolvam crianças, poderão igualmente negar sentir-se subjetivamente angustiados. Estes indivíduos podem, apesar da ausência de mal-estar autorrelatado, ser diagnosticados com perturbação de pedofilia, uma vez que haja evidência de comportamentos recorrentes que persistiram por mais de 6 meses (Critério A) e evidência de que o indivíduo atuou de acordo com impulsos sexuais e experimentou dificuldades interpessoais como consequência da perturbação (Critério B).

A presença de múltiplas vítimas, como discutido anteriormente, é uma condição suficiente, mas não uma condição necessária, para o diagnóstico, isto é, o indivíduo pode ainda preencher o Critério A meramente por reconhecer um interesse sexual intenso ou preferencial por crianças.

A cláusula do Critério A, que indica que sinais ou sintomas de pedofilia devem ter persistido durante 6 meses ou mais, pretende assegurar que a atração sexual por crianças não é meramente transitória. Contudo, o diagnóstico pode ser atribuído se existir evidência clínica de atração sexual persistente e mantida por crianças, ainda que uma duração de 6 meses não possa ser determinada com rigor.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O uso extenso de pornografia que exiba crianças pré-púberes é um indicador de diagnóstico útil da perturbação de pedofilia. Este é um exemplo específico do caso geral em que o indivíduo tem probabilidade de escolher o tipo de pornografia que corresponde aos seus interesses sexuais.

Prevalência

A prevalência de perturbação de pedofilia na população é desconhecida. A prevalência mais elevada possível de perturbação de pedofilia na população masculina é de aproximadamente 3%-5%. A prevalência de perturbação de pedofilia na população feminina é ainda mais incerta, mas é provável que seja uma pequena parte da prevalência na população masculina.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com perturbação de pedofilia podem referir que se tornaram conscientes do seu forte ou preferencial interesse sexual por crianças por volta da puberdade – o mesmo período de tempo no qual homens que, posteriormente, preferem parceiros fisicamente adultos se tornaram conscientes do seu interesse sexual por mulheres ou homens. Tentar diagnosticar uma perturbação de pedofilia na idade em que ela se manifesta pela primeira vez é problemático, dada a dificuldade em distingui-la, durante o desenvolvimento da adolescência, daqueles que são os interesses sexuais entre os pares adequados à idade ou da curiosidade sexual. Assim, o Critério C requer uma idade mínima de 16 anos e que o indivíduo tenha pelo menos mais 5 anos do que a criança ou crianças do Critério A.

A pedofilia *per se* parece ser uma condição que se mantém ao longo da vida. A perturbação de pedofilia, contudo, inclui necessariamente outros elementos que podem mudar ao longo do tempo, com ou sem tratamento: mal-estar subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa ou sentimentos de isolamento), ou défices psicossociais, ou propensão para agir sexualmente com crianças, ou ambos. Por conseguinte, o curso da perturbação de pedofilia pode flutuar, aumentar ou diminuir com a idade.

Os adultos com perturbação de pedofilia podem referir a consciência de um interesse sexual por crianças que precede o envolvimento em comportamentos sexuais com crianças ou a sua própria identificação como pedófilos. O aumento da idade parece ter o mesmo efeito de diminuição dos comportamentos sexuais envolvendo crianças do que a que se verifica noutros comportamentos sexuais motivados por uma parafilia ou normofílicos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Parece existir uma interação entre pedofilia e temperamento antissocial, uma vez que indivíduos do sexo masculino com ambos os traços têm maior probabilidade de agir sexualmente com crianças. Assim, a perturbação antissocial da personalidade pode ser considerada um fator de risco para a perturbação de pedofilia em indivíduos do sexo masculino com pedofilia.

Ambientais. Adultos do sexo masculino com pedofilia referem muitas vezes terem sido abusados sexualmente em crianças. No entanto, não é claro se esta relação reflete uma influência causal do abuso sexual em criança na pedofilia em adulto.

Genéticos e fisiológicos. Uma vez que a pedofilia é uma condição necessária para a perturbação de pedofilia, qualquer fator que aumente a probabilidade de pedofilia também aumenta o risco de

perturbação de pedofilia. Existe alguma evidência de que perturbações no neurodesenvolvimento *in utero* aumentam a probabilidade de desenvolvimento de uma orientação pedófila.

Aspectos de Diagnóstico Relacionados com o Género

Medidas laboratoriais psicofisiológicas do interesse sexual, que por vezes são úteis no diagnóstico de perturbação de pedofilia no sexo masculino, não são necessariamente úteis no diagnóstico desta perturbação no sexo feminino, mesmo quando um procedimento idêntico (por exemplo, tempo de visualização), ou de procedimentos análogos (por exemplo, pletismografia peniana e fotopletismografia vaginal) estão disponíveis.

Marcadores de Diagnóstico

Medidas psicofisiológicas de interesse sexual podem, por vezes, ser úteis quando a história individual sugere a possível presença de perturbação de pedofilia, mas o indivíduo nega a existência de atração forte ou preferencial por crianças. O mais aprofundadamente investigado e há mais tempo usado destes marcadores é a *pletismografia peniana*, embora a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico possa variar de um local para outro. O *tempo de visualização*, usando fotografias de pessoas nuas ou minimamente vestidas como estímulos visuais, também é usado para diagnosticar a perturbação de pedofilia, especialmente em combinação com medidas de autorrelato. Contudo, nos EUA, os profissionais de saúde mental deverão estar informados de que a posse desses estímulos visuais, mesmo que para fins de diagnóstico, pode ser ilegal, podendo o profissional de saúde mental vir a ser alvo de investigação criminal.

Diagnóstico Diferencial

Muitas das condições que podem ser diagnósticos diferenciais de perturbação de pedofilia podem também ocorrer como diagnósticos comórbidos. Assim, em geral é necessário avaliar como questões separadas a evidência existente de perturbação de pedofilia e de outras possíveis condições.

Perturbação antissocial da personalidade. Esta perturbação aumenta a probabilidade de uma pessoa primariamente atraída por pessoas fisicamente adultas abordar uma criança, em uma ou mais ocasiões, com base na disponibilidade relativa. O indivíduos exibe, muitas vezes, outros sinais desta perturbação da personalidade, tal como o comportamento recorrente de violação da lei.

Perturbações de uso de álcool e de substâncias. Os efeitos desinibidores da intoxicação podem também aumentar a probabilidade de uma pessoa primariamente atraída por indivíduos fisicamente adultos abordar sexualmente uma criança.

Perturbação obsessivo-compulsiva. Ocasionalmente, alguns indivíduos queixam-se acerca de pensamentos e preocupações egodistónicas acerca de uma possível atração por crianças. Em geral, a entrevista clínica revela a ausência de pensamentos sexuais acerca de crianças durante os estados de grande excitação sexual (por exemplo, atingir o orgasmo durante a masturbação), podendo verificar-se, por vezes, outras ideias sexuais egodistónicas e intrusivas (por exemplo, preocupação acerca de homossexualidade).

Comorbilidades

As comorbilidades psiquiátricas da perturbação de pedofilia incluem as perturbações de uso de substâncias; perturbações depressivas, bipolares e de ansiedade; perturbação antissocial da

personalidade; e outras perturbações parafílicas. Contudo, achados em perturbações comórbidas são frequentes em indivíduos condenados por agressões sexuais que envolvem crianças (em geral, todos do sexo masculino) e podem não ser generalizáveis a outros indivíduos com perturbação de pedofilia (por exemplo, indivíduos que nunca abordaram sexualmente uma criança, mas que podem ser diagnosticados com perturbação de pedofilia com base no mal-estar subjetivo).

Perturbação de Fetichismo

Critérios de Diagnóstico 302.81 (F65.0)

A. Excitação sexual, intensa e recorrente, quer pelo uso de objetos inanimados quer pelo foco altamente específico em parte(s) do corpo que não os genitais, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, durante um período de pelo menos 6 meses.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C. Os objetos fetiches não se limitam a peças de vestuário usadas no travestismo (como na perturbação de travestismo) ou de objetos concebidos especificamente para a estimulação tátil dos genitais (por exemplo, vibrador).

Especificar:

Parte(s) do corpo

Objeto(s) inanimado(s)

Outro

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para se envolver em comportamentos sexuais fetichistas.

Em remissão completa. O indivíduo não sentiu mal-estar ou ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Especificadores

Embora os indivíduos com perturbação de fetichismo possam referir excitação sexual intensa e recorrente com objetos inanimados ou com uma parte específica do corpo, não é incomum a ocorrência de combinações de fetiches que não se excluem mutuamente. Assim, um indivíduo pode ter uma perturbação de fetichismo associada a um objeto inanimado (por exemplo, roupa interior feminina) ou um foco exclusivo numa parte do corpo intensamente erotizada (por exemplo, pés, cabelo), ou o seu interesse fetichista pode cumprir critérios para várias combinações destes especificadores (por exemplo, meias, sapatos e pés).

Características de Diagnóstico

O foco parafílico da perturbação de fetichismo envolve o uso persistente e repetitivo ou a dependência de objetos inanimados ou de focos altamente específicos em partes do corpo muito específicas (tipicamente, não envolvem os genitais) como elementos primários associados à excitação

sexual (Critério A). O diagnóstico de perturbação de fetichismo deve incluir mal-estar pessoal clinicamente significativo ou défice no funcionamento psicossocial (Critério B). Objetos fetiches comuns incluem roupa interior feminina, calçado masculino ou feminino, artigos de borracha, roupa de pele ou outros artigos de vestuário. Partes do corpo altamente erotizadas associadas à perturbação de fetichismo incluem pés, dedos e cabelos. Em fetiches sexualizados não é incomum a inclusão simultânea de objetos inanimados e de partes do corpo (por exemplo, meias e pés sujos). Por esta razão, a definição de perturbação de fetichismo reincorpora agora o *parcialismo* (isto é, o foco exclusivo numa parte do corpo). O parcialismo, antes considerado uma parafilia sem outra especificação, foi historicamente incluído no fetichismo antes do DSM-III.

Muitos indivíduos que se autoidentificam como praticantes de fetichismo não relatam necessariamente a disfunção clínica em associação com os seus comportamentos associados aos fetiches. Estes indivíduos podem ser considerados como tendo um fetiche, mas não uma perturbação de fetichismo. O diagnóstico de perturbação de fetichismo requer o preenchimento simultâneo quer dos comportamentos do Critério A quer do mal-estar clinicamente significativo ou défices no funcionamento presentes no Critério B.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de fetichismo pode ser uma experiência multissensorial, incluindo segurar, saborear, roçar, inserir ou cheirar o objeto envolvido no fetiche durante a masturbação. O indivíduo pode preferir que seja o parceiro sexual a vestir ou usar o objeto durante os encontros sexuais. Alguns indivíduos podem adquirir grandes coleções de objetos fetiches altamente desejados.

Desenvolvimento e Curso

Geralmente as parafilias têm início durante a puberdade, mas os fetiches podem desenvolver-se antes da adolescência. Uma vez estabelecida, a perturbação de fetichismo tende a apresentar um curso contínuo, cuja intensidade e frequência dos impulsos ou comportamentos é flutuante.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

O conhecimento e a ponderação apropriada dos aspetos normativos dos comportamentos sexuais são fatores importantes a explorar no estabelecimento do diagnóstico clínico de perturbação de fetichismo e na distinção do diagnóstico clínico dos comportamentos sexuais socialmente aceitáveis.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com o Género

A perturbação de fetichismo não tem sido sistematicamente relatada no sexo feminino. Em amostras clínicas, a perturbação de fetichismo é quase exclusivamente encontrada no sexo masculino.

Consequências Funcionais da Perturbação de Fetichismo

Os défices tipicamente associados à perturbação de fetichismo incluem disfunção sexual durante relacionamentos românticos recíprocos quando o objeto ou a parte do corpo fetiche não estão disponíveis durante os preliminares ou o coito. Alguns indivíduos com perturbação de fetichismo podem preferir atividades sexuais solitárias associadas às suas preferências fetichistas, mesmo quando envolvidos num relacionamento reciprocamente significativo e afetuoso.

Embora a perturbação de fetichismo seja relativamente incomum entre os agressores sexuais com parafilias presos, elementos do sexo masculino com perturbação de fetichismo podem roubar e colecionar os seus objetos fetiches de desejo particulares. Tais indivíduos foram presos e acusados de comportamentos antissociais não sexuais (por exemplo, roubo com arrombamento, furto, assalto de casas) que são motivados primariamente pela perturbação de fetichismo.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de travestismo. O diagnóstico mais próximo da perturbação de fetichismo é a perturbação de travestismo. Como foi referido nos critérios de diagnóstico, a perturbação de fetichismo não se diagnostica quando os objetos fetiches se limitam a peças de vestuário exclusivamente usadas durante o travestismo (como na perturbação de travestismo) ou quando os objetos usados para a estimulação genital foram concebidos com esse propósito (por exemplo, um vibrador).

Perturbação de masochismo sexual e outras perturbações parafílicas. Os fetiches podem coocorrer com outras perturbações parafílicas, especialmente o «sadomasochismo» e a perturbação de travestismo. O diagnóstico de masochismo sexual deve ser feito quando um indivíduo fantasia ou se envolve num «travestismo forçado» e está primariamente excitado sexualmente pela dominação ou humilhação associada a essas fantasias ou actividade repetitiva.

Comportamento fetichista sem perturbação de fetichismo. O uso de um objeto fetiche para a excitação sexual sem qualquer mal-estar ou défice nos papéis psicossocial associados ou outras consequências adversas não preenche os critérios para perturbação de fetichismo, na medida em que o limiar estabelecido no Critério B não é cumprido. Por exemplo, um indivíduo cujo parceiro sexual partilhe ou seja capaz de incluir o seu interesse em acariciar, cheirar ou lamber pés ou dedos dos pés como um elemento importante durante os preliminares não será diagnosticado com perturbação de fetichismo. De igual modo, não deverá ser diagnosticado com perturbação de fetichismo um indivíduo que opte por comportamentos sexuais solitários associados ao uso de roupas de borracha ou de botas de couro que não provocam mal-estar ou défices.

Comorbilidades

A perturbação de fetichismo pode coocorrer com outras perturbações parafílicas, assim como com a hipersexualidade. Raramente, a perturbação de fetichismo pode estar associada a condições neurológicas.

Perturbação de Travestismo

Critérios de Diagnóstico 302.3 (F65.1)

A. Excitação sexual, recorrente e intensa resultante de travestir-se, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, durante um período de pelo menos 6 meses.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Com fetichismo. Se sexualmente excitado por tecidos, materiais e peças de vestuário.

Com autoginefilia. Se sexualmente excitado por pensamentos ou imagens do próprio como mulher.

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde as oportunidades para se travestir são restritas.

Em remissão completa. O indivíduo não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

Especificadores

A presença de perturbação de fetichismo diminui a probabilidade de disforia de género em homens com perturbação de travestismo. A presença de autoginefilia aumenta a probabilidade de disforia de género em homens com perturbação de travestismo.

Características de Diagnóstico

O diagnóstico de perturbação de travestismo não se aplica a todos os indivíduos que se vestem como o sexo oposto, mesmo àqueles que o fazem habitualmente. Aplica-se a indivíduos cujo travestismo ou pensamentos de travestismo são sempre ou muitas vezes acompanhados de excitação sexual (Critério A) e que estão emocionalmente perturbados por este padrão ou sentem que este prejudica o seu funcionamento social ou interpessoal (Critério B). O travestismo pode envolver apenas uma ou duas peças de roupa (por exemplo, no homem pode ocorrer apenas com o uso de roupa interior feminina) ou pode implicar vestir-se completamente com roupas interiores e exteriores do sexo oposto e (nos homens) pode incluir usar perucas e maquilhagem. A perturbação de travestismo é reportada quase exclusivamente no sexo masculino. A excitação sexual, na sua forma mais óbvia de ereção peniana, pode ocorrer juntamente com o travestismo de várias maneiras. Em homens mais jovens, o travestismo geralmente conduz à masturbação, após a qual qualquer roupa feminina é removida. Os homens mais velhos muitas vezes aprendem a evitar a masturbação ou a fazer algo que estimule o pénis, de modo a que o evitamento da ejaculação lhes permita prolongar a sua sessão de travestismo. Os homens com parceiros do sexo feminino por vezes completam a sessão de travestismo com relações sexuais, sendo que alguns têm dificuldade em manter uma ereção suficiente para manter uma relação sexual sem se travestirem (ou sem fantasias privadas de travestismo).

A avaliação clínica do mal-estar ou défices, assim como a avaliação clínica da excitação sexual associada ao travestismo, depende em geral do relato do próprio indivíduo. O padrão de comportamento «purgativo e de aquisição» significa, frequentemente, a presença de mal-estar em indivíduos com perturbação de travestismo. Durante este padrão de comportamento, um indivíduo (em regra do sexo masculino) que gastou uma grande quantidade de dinheiro em roupas de mulher e outros acessórios (por exemplo, sapatos, perucas) desfaz-se dos mesmos (ou seja, purga) num esforço de superar os impulsos de se travestir, adquirindo posteriormente um novo guarda-roupa feminino.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

A perturbação de travestismo no sexo masculino é muitas vezes acompanhada de autoginefilia (isto é, a tendência parafílica no sexo masculino em se excitar sexualmente com pensa-

mentos ou imagens de si mesmo vestido de mulher). As fantasias e comportamentos autoginefílicos podem basear-se na ideia de exibir funções fisiológicas femininas (por exemplo, lactação, menstruação), envolver-se em comportamentos estereotipicamente femininos (por exemplo, tricotar) ou possuir uma anatomia feminina (por exemplo, mamas).

Prevalência

A prevalência de perturbação de travestismo é desconhecida. A perturbação de travestismo é rara no sexo masculino e extremamente rara no sexo feminino. Menos de 3% dos homens relatam ter estado excitados sexualmente através do uso de vestuário feminino. Durante a sua vida, a percentagem de indivíduos que já se travestiu com excitação sexual associada mais do que uma ou algumas vezes será ainda menor. A maioria dos homens com perturbação de travestismo identifica-se como heterossexual, embora alguns indivíduos tenham interações sexuais ocasionais com outros homens, especialmente quando estão travestidos.

Desenvolvimento e Curso

Nos homens, o primeiro sinal de perturbação de travestismo pode ocorrer durante a infância, na forma de fascínio intenso com uma peça particular do vestuário feminino. Previamente à puberdade, o travestismo produz sensações generalizadas de excitação que gera prazer. Com a chegada da puberdade, o uso de roupas femininas começa a induzir ereções do pénis e, nalguns casos, conduz diretamente à primeira ejaculação. Em muitos casos, à medida que o indivíduo se torna mais velho, o travestismo produz cada vez menor excitação sexual, podendo, eventualmente, deixar de provocar qualquer resposta peniana discernível. Ao mesmo tempo, o desejo de se travestir mantém-se ou até se torna mais forte. Indivíduos que referem diminuição da resposta sexual, tipicamente referem que a excitação sexual do travestismo é substituída por sensações de conforto ou de bem-estar.

Nalguns casos, o curso da perturbação de travestismo é contínuo e noutros é episódico. Não é raro que homens com perturbação de travestismo percam interesse em travestir-se quando se apaixonam pela primeira vez por uma mulher ou iniciam um relacionamento, mas essa atenuação é em regra temporária. Quando o desejo em se travestir regressa, volta também o mal-estar associado.

Alguns casos de perturbação de travestismo progridem para disforia de género. Nestes casos, que podem ser indistinguíveis dos dos outros indivíduos com perturbação de travestismo durante a adolescência ou infância, os homens desenvolvem gradualmente o desejo de permanecerem no papel feminino por períodos mais longos e efeminizar a sua anatomia. O desenvolvimento de disforia de género é habitualmente acompanhado pela redução ou eliminação (segundo o relato do próprio) da excitação sexual associada ao travestismo.

A ereção e a estimulação peniana como manifestações de travestismo, tal como a manifestação de outros interesses sexuais parafílicos e normofílicos, são mais intensas na adolescência e início da idade adulta. A gravidade da perturbação de travestismo é maior na idade adulta, quando os impulsos de travestismo têm maior probabilidade de entrar em conflito com o desempenho nas relações sexuais heterossexuais e com o desejo de casar e constituir família. Homens de meia-idade e mais velhos com história de travestismo têm menor probabilidade de se apresentar com perturbação de travestismo do que com disforia de género.

Consequências Funcionais da Perturbação de Travestismo

O envolvimento em comportamentos de travestismo pode interferir ou prejudicar os relacionamentos heterossexuais. Essa interferência pode ser uma fonte de mal-estar em homens que desejam manter casamentos convencionais ou relacionamentos românticos com mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação de fetichismo. Esta perturbação pode assemelhar-se à perturbação de travestismo, em particular em homens com fetichismo que vestem roupa interior feminina enquanto se masturbam. A distinção da perturbação de travestismo depende dos pensamentos específicos do indivíduo durante essa atividade (por exemplo, existem algumas ideias de ser uma mulher, comportar-se como uma mulher ou estar vestido como uma mulher?) e da presença de outros fetiches (por exemplo, tecidos macios e sedosos, quer sejam usados como roupa quer para outra coisa).

Disforia de género. Indivíduos com perturbação de travestismo não referem uma incongruência entre o género experienciado e o género atribuído, nem expressam o desejo de ser do outro género. Tipicamente, eles não têm história de comportamentos de travestismo na infância, o que estaria presente em indivíduos com disforia de género. Indivíduos cuja apresentação preencha todos os critérios para perturbação de travestismo e para disforia de género, deverão receber ambos os diagnósticos.

Comorbilidades

O travestismo (e, como tal, a perturbação de travestismo) está muitas vezes associado a outras parafilias. As parafilias mais frequentemente coocorrentes são o fetichismo e o masochismo. Uma forma particularmente perigosa de masochismo, *asfixia autoerótica*, está associada ao travestismo numa proporção significativa de casos fatais.

Perturbação Parafílica com Outra Especificação

302.89 (F65.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação parafílica que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações parafílicas. A categoria perturbação parafílica com outra especificação é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não preenche os critérios para nenhuma perturbação parafílica específica. Isto é feito registando «perturbação parafílica com outra especificação» seguida pela razão específica (por exemplo, «zoofilia»).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação «com outra especificação» incluem, mas não se limitam, a excitação sexual recorrente e intensa que envolve *escatalogia telefónica* (chamadas telefónicas obscenas), *necrofilia* (cadáveres), *zoofilia* (animais), *coprofilia* (fezes), *clismafilia* (enemas) ou *urofilia* (urina) que tem estado presente durante pelo menos 6 meses e causou mal-estar acentuado ou défice social, ocupacional e noutras áreas do importantes do funcionamento. A perturbação parafílica com outra especificação pode ser especificada como em remissão e/ou em ambiente controlado.

Perturbação Parafílica Não Especificada

302.9 (F65.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação parafílica que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento, mas não preenchem os critérios completos para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações parafílicas. A categoria perturbação parafílica não especificada é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critério para uma perturbação parafílica específica não são preenchidos, incluindo apresentações nas quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico mais específico.

Outras Perturbações Mentais

Neste capítulo estão incluídas quatro perturbações: perturbação mental com outra especificação devida a outra condição médica; perturbação mental não especificada devida a outra condição médica; perturbação mental com outra especificação; perturbação mental não especificada. Esta categoria residual aplica-se a apresentações nas quais predominam sintomas característicos de uma perturbação mental que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas em que não estão preenchidos os critérios completos para qualquer outra perturbação mental do DSM-5. Para as perturbações mentais com outra especificação e não especificada devidas a outra condição médica, deve ser estabelecido que a alteração é causada pelos efeitos fisiológicos de outra condição médica. Se as perturbações mentais com outra especificação e não especificada são devidas a outra condição médica, é necessário, em primeiro lugar, codificar e listar a condição médica (por exemplo, 042 [B20] doença VIH), seguida pela perturbação mental com outra especificação ou não especificada (use o código apropriado).

Perturbação Mental com Outra Especificação Devida a Outra Condição Médica

294.8 (F06.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação mental devida a outra condição médica que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação mental específica atribuível a outra condição médica. A categoria perturbação mental com outra especificação devida a outra condição médica é utilizada nas situações em que o clínico optar por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre critérios para nenhuma perturbação mental específica atribuível a outra condição médica. Isto é feito registando o nome da perturbação, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de «outra condição médica» seguida pela manifestação somática específica que não cumpre critérios para nenhuma perturbação mental específica devida a outra condição médica. Além disso, o código de diagnóstico para a condição médica específica deve ser listado imediatamente antes do código da perturbação mental com outra especificação devida a outra condição médica. Por exemplo, sintomas dissociativos devidos a convulsões parciais complexas devem ser codificados e registados como 345.40 (G40.209), convulsões parciais complexas, 294.8 (F06.8) perturbação mental com outra especificação devida a convulsões parciais complexas, sintomas dissociativos.

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando a designação «com outra especificação» é a seguinte:

Sintomas dissociativos. Inclui sintomas que ocorrem, por exemplo, no contexto de convulsões parciais complexas.

Perturbação Mental Não Especificada Devida a Outra Condição Médica

294.8 (F09)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação mental devida a outra condição médica que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumpre os critérios completos para nenhuma perturbação mental específica devida a outra condição médica. A categoria perturbação mental não especificada devida a outra condição médica é utilizada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios para uma perturbação mental específica devida a outra condição médica e inclui as apresentações nas quais não existe informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência). Isto é feito registando o nome da perturbação, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de «outra condição médica». Além disso, o código de diagnóstico para a condição médica específica deve ser listado imediatamente antes do código da perturbação mental não especificada devida a outra condição médica. Por exemplo, sintomas dissociativos devidos a convulsões parciais complexas devem ser codificados e registados como 345.40 (G40.209), convulsões parciais complexas, 294.8 (F06.8) perturbação mental não especificada devida a convulsões parciais complexas.

Perturbação Mental com Outra Especificação

300.9 (F99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma perturbação mental que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação mental específica. A categoria perturbação mental com outra especificação é utilizada nas situações em que o clínico optar por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre critérios para nenhuma perturbação mental específica. Isto é feito registando «perturbação mental com outra especificação» seguida pela razão específica.

Perturbação Mental Não Especificada

300.9 (F99)

Esta categoria aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação mental que causa mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas que não cumprem os critérios completos para nenhuma perturbação mental. A categoria perturbação mental não especificada é utilizada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual não estão preenchidos os critérios para uma perturbação mental específica e inclui as apresentações nas quais não existe informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, no contexto de serviço de urgência).

Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos

As perturbações do movimento induzidas por medicamentos estão incluídas na Secção II devido à sua importância frequente no 1) tratamento com medicação das perturbações mentais e outras situações médicas e 2) no diagnóstico diferencial das perturbações mentais (por exemplo, perturbação de ansiedade *versus* acatisia induzida por neurolépticos; catatonia maligna *versus* síndrome maligna dos neurolépticos). Apesar de estas perturbações do movimento serem identificadas como «induzidas por medicamentos», é muitas vezes difícil de estabelecer a relação causal entre a exposição ao medicamento e o desenvolvimento da perturbação do movimento, especialmente porque algumas destas perturbações também ocorrem na ausência desta exposição. As condições e problemas listados aqui não são doenças mentais.

O termo *neuroléptico* está a tornar-se desatualizado porque realça a propensão da medicação antipsicótica para causar movimentos anormais e está a ser substituído pelo termo antipsicótico em muitos contextos. No entanto, o termo neuroléptico mantém-se apropriado neste contexto. Apesar de os novos fármacos antipsicóticos causarem menos frequentemente perturbações do movimento induzidas por medicamentos, estas perturbações ainda ocorrem. Os neurolépticos incluem os chamados antipsicóticos convencionais, «típicos» ou de primeira geração (por exemplo, cloropromazina, haloperidol, flufenazina); os antipsicóticos «atípicos» ou de segunda geração (por exemplo, clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina); alguns fármacos bloqueadores dos recetores de dopamina usados no tratamento de sintomas como náusea e gastroparesia (por exemplo, procloroperazina, prometazina, trimetobenzamida, tietilperazina, metoclopramida); e a amoxapina, que é comercializada como antidepressivo.

Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos

Parkinsonismo Induzido por Outros Medicamentos

332.1 (G21.11) Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos

332.1 (G21.19) Parkinsonismo Induzido por Outros Medicamentos

Tremor parkinsónico, rigidez muscular, acinesia (isto é, perda de movimentos ou dificuldade em iniciar movimentos) ou bradicinesia (isto é, movimentos lentificados) que se desenvolvem dentro de poucas semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento (por exemplo, um neuroléptico) ou depois da redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais.

Síndrome Maligna dos Neurolépticos

333.92 (G21.0) Síndrome Maligna dos Neurolépticos

Apesar de a síndrome maligna dos neurolépticos ser facilmente reconhecida na sua forma clínica clássica, é muitas vezes heterogénea no seu início, apresentação, progressão e prognóstico. As características clínicas descritas abaixo são as que, com base em recomendações consensuais, são consideradas mais importantes na realização do diagnóstico de síndrome maligna dos neurolépticos.

Características de Diagnóstico

Os doentes foram em regra expostos a um antagonista dopaminérgico nas 72 horas prévias ao desenvolvimento dos sintomas. A hipertermia (temperatura oral superior a 38°C em pelo menos 2 ocasiões) associada a diaforese profusa é um sintoma característico desta síndrome, pondo-a à parte de outros efeitos adversos neurológicos dos antipsicóticos. Estas elevações extremas de temperatura, que refletem um colapso na termorregulação central, são mais prováveis num diagnóstico de síndrome maligna dos neurolépticos. A rigidez generalizada, descrita como em «cano de chumbo» na sua forma mais grave, que por norma não responde a agentes antiparkinsónicos, é um sintoma cardinal desta perturbação e pode estar associada a outros sintomas neurológicos (por exemplo, tremor, sialorreia, acinesia, distonia, trismos, mioclonias, disartria, disfagia, rabdomiólise). Elevações da creatinacinase 4 vezes acima do limiar superior da normalidade são em regra encontradas. As alterações do estado mental, caracterizadas por *delirium* ou alterações da consciência variando entre estupor e coma são muitas vezes um sinal precoce. Os indivíduos com esta síndrome podem parecer estar alerta, mas apresentam confusão e não respondem a estímulos, o que é consistente com estupor catatónico. Ativação e instabilidade autonómica – manifestadas por taquicardia (frequência 25% ou mais acima do nível basal), diaforese, elevações da tensão arterial (sistólica ou diastólica igual ou superior a 25% da linha basal) ou flutuações desta (mudanças iguais ou superiores a 20 mm*Hg* de pressão diastólica ou iguais ou superiores a 25 mm*Hg* de sistólica dentro de 24 horas), incontinência urinária e palidez – podem ser vistas em qualquer altura, mas dão uma pista inicial para o diagnóstico. É comum a taquipneia (frequência acima de 50% da linha basal) e pode ocorrer dificuldade respiratória – resultado de acidose metabólica, hipermetabolismo, restrição da parede torácica, pneumonia por aspiração ou êmbolo pulmonar –, que pode levar a paragem respiratória súbita.

É essencial uma avaliação, incluindo investigação laboratorial, para excluir outras etiologias, como infeciosas, tóxicas, metabólicas ou neuropsiquiátricas (ver secção de «Diagnóstico Diferencial», nesta secção). Apesar de a síndrome maligna dos neurolépticos estar associada a várias alterações analíticas, não existe uma alteração específica que indique este diagnóstico. Os indivíduos com síndrome maligna dos neurolépticos podem apresentar leucocitose, acidose metabólica, hipoxia, ferropenia, elevações das enzimas musculares e catecolaminas. Avaliações analíticas do líquido cefalorraquidiano e estudos imagiológicos cerebrais são em geral normais, enquanto a eletrencefalografia mostra lentificação generalizada da atividade elétrica cerebral. Achados na autópsia de casos fatais foram até agora não específicos e variáveis, dependendo das complicações que levaram à morte.

Desenvolvimento e Curso

Dados de estudos retrospetivos sugerem taxas de incidência para a síndrome maligna dos neurolépticos de 0,01%-0,02% entre indivíduos tratados com antipsicóticos. A progressão temporal de sinais e sintomas fornece pistas importantes para o diagnóstico e prognóstico da síndrome maligna dos neurolépticos. Alterações do estado mental e outros sinais neurológicos precedem tipicamente os sinais sistémicos. O início dos sintomas varia entre horas e dias depois do início do fármaco. Alguns casos desenvolvem-se dentro das primeiras 24 horas após o início do fármaco, a maioria dentro da primeira semana e virtualmente todos os casos surgem dentro dos primeiros 30 dias. Assim que o diagnóstico é feito e os antipsicóticos orais são descontinuados, a síndrome maligna dos neurolépticos é autolimitada na maioria dos casos. O tempo médio de recuperação após a descontinuação do fármaco é entre 7 e 10 dias, sendo que a maioria dos indivíduos recupera na primeira semana e quase todos nos primeiros 30 dias. A duração pode ser prolongada quando estão implicados antipsicóticos de ação prolongada. Existem relatos de indivíduos em que persistiram alterações neurológicas residuais por várias semanas após a resolução das alterações hipermetabólicas agudas. A resolução sintomática total acontece na maioria dos casos; no entanto, foram relatadas taxas de mortalidade de 10%-20% quando a perturbação não é reconhecida. Embora muitos indivíduos não voltem a apresentar uma recorrência da síndrome maligna dos neurolépticos, quando reiniciam medicação antipsicótica, alguns, em especial quando esta medicação é reinstituída pouco tempo após um episódio, apresentam recorrências.

Fatores de Risco e de Prognóstico

A síndrome maligna dos neurolépticos é um risco potencial em qualquer indivíduo depois da administração de antipsicóticos. Não é específico de qualquer diagnóstico neuropsiquiátrico e pode ocorrer em indivíduos sem uma perturbação mental diagnosticada desde que lhe sejam administrados antagonistas dopaminérgicos. Fatores clínicos, sistémicos e metabólicos associados com um maior risco da síndrome maligna dos neurolépticos incluem agitação, exaustão, desidratação e deficiência de ferro. Um episódio anterior associado a antipsicóticos foi descrito em 15%-20% dos casos, sugerindo vulnerabilidade subjacente nalguns doentes; porém, não foram replicados consistentemente os achados genéticos relativos a polimorfismos dos recetores de neurotransmissores.

Praticamente todos os antagonistas dopaminérgicos foram associados à síndrome maligna dos neurolépticos, embora os antipsicóticos de alta potência apresentem um maior risco relativamente aos de baixa potência e aos antipsicóticos atípicos mais recentes. Formas parciais ou suavizadas podem estar associadas a antipsicóticos mais recentes, mas a síndrome varia na sua gravidade, mesmo com os fármacos mais antigos. Os antagonistas dopaminérgicos usados em situações médicas (por exemplo, metoclopramida, procloroperazina) também foram implicados. Vias de administração parentérica, velocidades de titulação rápidas e doses totais mais elevadas de fármaco foram associadas a um aumento do risco; no entanto a síndrome maligna dos neurolépticos ocorre em regra dentro da dosagem terapêutica normal dos antipsicóticos.

Diagnóstico Diferencial

A síndrome maligna dos neurolépticos deve ser distinguida de outras perturbações neurológicas ou outras condições médicas, incluindo infeções do sistema nervoso central, doenças inflamatórias ou autoimunes, *status epilepticus*, lesões estruturais subcorticais e outras perturbações sistémicas (por exemplo, feocromocitoma, tireotoxicose, tétano, insolação).

A síndrome maligna dos neurolépticos deve também ser distinguida de outras síndromes semelhantes resultantes do uso de outras substâncias/medicamentos, tais como a síndrome serotoninérgica; síndrome de hipertermia parkinsónica, depois da interrupção abrupta de agonistas dopaminérgicos; abstinência alcoólica ou de sedativos; hipertermia maligna durante o procedimento anestésico; hipertermia associada a abuso de estimulantes e alucinogénios; e envenenamento por atropina com anticolinérgicos.

Em casos raros, pessoas com esquizofrenia ou uma perturbação do humor podem apresentar-se com catatonia maligna, que pode ser indistinguível da síndrome maligna dos neurolépticos. Alguns investigadores consideram a síndrome maligna dos neurolépticos como uma forma de catatonia maligna induzida por fármacos.

Distonia Aguda Induzida por Medicamentos

333.72 (G24.02) Distonia Aguda Induzida por Medicamentos

Contração anormal e prolongada dos músculos oculomotores (crise oculogira), da cabeça, pescoço (*torticollis* ou *retrocollis*), membros ou tórax desenvolvendo-se dentro de poucos dias após o início ou o aumento da dose de um medicamento (como um neuroléptico) ou depois da redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais.

Acatisia Aguda Induzida por Medicamentos

333.99 (G25.71) Acatisia Aguda Induzida por Medicamentos

Queixas subjetivas de inquietação motora, por norma acompanhadas por movimentos excessivos observáveis (por exemplo, movimentos agitados das pernas, balanceio de pé para pé, marcha inquieta, incapacidade de se sentar ou ficar parado), que se desenvolvem dentro de poucas semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento (como um neuroléptico) ou depois da redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais.

Discinesia Tardia

333.85 (G24.01) Discinesia Tardia

Movimentos involuntários atetoides ou coreiformes (com duração de pelo menos algumas semanas), em geral da língua, região inferior da face ou mandíbula e extremidades (embora algumas vezes envolvam os músculos faríngeos, diafragmáticos ou do tórax), que se desenvolvem em associação com o uso continuado de neurolépticos de pelo menos alguns meses.

Estes sintomas podem surgir após um período mais curto de exposição à medicação em idosos. Nalguns doentes, movimentos deste tipo podem surgir após a descontinuação ou depois de alteração ou redução da dosagem de neurolépticos, sendo que neste caso a perturbação é chamada *discinesia associada à retirada de neurolépticos*. Dado que a discinesia associada à retirada de neurolépticos é em regra autolimitada, com duração inferior a 4-8 semanas, se a perturbação se mantiver depois deste período de tempo é considerada como discinesia tardia.

Distonia Tardia
Acatisia Tardia

333.72 (G24.09) Distonia Tardia
333.99 (G25.71) Acatisia Tardia
Síndrome tardia que envolve outros tipos de alterações do movimento, como distonia ou acatisia, que são diferentes pelo seu surgimento tardio no decurso do tratamento e pelo seu potencial de persistência por meses ou anos, mesmo com a descontinuação ou redução da dose de neurolépticos.

Tremor Postural Induzido por Medicamentos

333.1 (G25.1) Tremor Postural Induzido por Medicamentos
Tremor fino (em regra variando entre 8 Hz e 12 Hz), ocorrendo durante tentativas de manter a posição e desenvolvendo-se em associação com o uso de medicamentos (por exemplo, lítio, antidepressivos, ácido valpróico). Este tremor é muito semelhante ao tremor visto na ansiedade ou com o uso de cafeína ou outros estimulantes.

Outras Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos

333.99 (G25.79) Outras Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos
Esta categoria inclui perturbações do movimento induzidas por medicamentos que não são descritas em nenhuma das perturbações específicas listadas acima. Os exemplos incluem: 1) apresentações que se assemelhem à síndrome maligna dos neurolépticos, associadas a medicamentos que não neurolépticos e 2) outras perturbações tardias induzidas por medicamentos.

Síndrome de Descontinuação de Antidepressivos

995.29 (T43.205A) Ocorrência inicial
995.29 (T43.205D) Ocorrência subsequente
995.29 (T43.205S) Sequelas
A síndrome de interrupção de antidepressivos é um conjunto de sintomas que pode ocorrer após a cessação abrupta (ou redução marcada da dose) de um antidepressivo que era tomado continuamente durante pelo menos 1 mês. Os sintomas surgem normalmente dentro de 2-4 dias e tipicamente incluem manifestações específicas sensoriais, somáticas, cognitivo-emocionais. Os sintomas somáticos e sensoriais reportados com mais frequência incluem *flashes* de luzes, sensações de «choques elétricos», náuseas e hipersensibilidade a ruído ou luzes. Ansiedade não específica e sentimentos de medo intenso também podem surgir. Os sintomas regridem com a reinstituição do mesmo medicamento ou o início de um medicamento diferente, mas com um mecanismo de ação semelhante – por exemplo, os sintomas de descontinuação depois da retirada de um inibidor da recaptação da serotonina e norepinefrina podem regredir com o início de um antidepressivo tricíclico. Para ser reconhecida como síndrome de interrupção de antidepressivos, os sintomas não devem estar presentes antes da redução da dose do antidepressivo e não podem ser mais bem explicados por outra doença mental (por exemplo, episódio maníaco ou hipomaníaco, intoxicação por substâncias, abstinência de substâncias, perturbação de sintomas somáticos).

Características de Diagnóstico

Os sintomas de descontinuação podem ocorrer após tratamento com antidepressivos tricíclicos (por exemplo, imipramina, amitriptilina, desipramina), inibidores da recaptação da serotonina (por exemplo, fluoxetina, paroxetina, sertralina) e inibidores da monoaminoxidase (por exemplo, fenelzina, selegilina, pargilina). A incidência desta síndrome depende da dose e semivida do medicamento que estava a ser administrado, assim como do ritmo com que foi diminuído. Medicamentos de ação curta que são interrompidos abruptamente em vez de diminuídos gradualmente colocam o maior risco. A paroxetina, inibidor seletivo de recaptação da serotonina (SSRI, ou ISRS) de curta ação, é o agente mais frequentemente associado a sintomas de descontinuação, mas estes sintomas podem ocorrer com todos os tipos de antidepressivos.

Ao contrário de síndromes de abstinência associados a opioides, álcool e outras substâncias de abuso, a síndrome de interrupção de antidepressivos não apresenta sintomas patognomónicos. Em vez disso, os sintomas tendem a ser indefinidos e variáveis e normalmente começam 2 a 4 dias depois da última administração de antidepressivo. Para os SSRIs (como a paroxetina), foram descritos sintomas como tonturas, zumbidos nos ouvidos, «choques elétricos na cabeça», incapacidade de dormir e ansiedade aguda. O uso do antidepressivo anteriormente à sua interrupção não pode ter originado hipomania ou euforia (ou seja, deve existir a certeza de que a síndrome de descontinuação não é o resultado de flutuações da estabilidade de humor associados ao tratamento anterior). A síndrome de descontinuação de antidepressivos é baseada apenas nos fatores farmacológicos e não está relacionada com efeitos aditivos de um antidepressivo. Também no caso de tratamento adjuvante a um antidepressivo com um estimulante, a interrupção abrupta pode resultar em sintomas de abstinência do estimulante (ver «Abstinência de Estimulantes» no capítulo «Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas») em vez da síndrome de descontinuação de antidepressivos descrita aqui.

Prevalência

A prevalência da síndrome de descontinuação de antidepressivos é desconhecida mas pensa-se que varia de acordo com a dose prévia à interrupção, a semivida e a afinidade da ligação ao recetor do medicamento, bem como possivelmente com o grau de metabolismo do medicamento influenciado pela genética do indivíduo.

Desenvolvimento e Curso

Pouco se sabe sobre o percurso clínico da síndrome de descontinuação de antidepressivos, porque não existem estudos longitudinais suficientes. Os sintomas parecem diminuir ao longo do tempo com reduções muito graduais da dose. Depois de um episódio, alguns indivíduos podem preferir reiniciar o medicamento indefinidamente, se tolerado.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial da síndrome de descontinuação de antidepressivos inclui perturbações ansiosas e depressivas, perturbações de uso de substâncias e tolerância a medicamentos.

Perturbações de ansiedade e depressivas. Os sintomas de descontinuação muitas vezes assemelham-se a sintomas de uma perturbação de ansiedade persistente ou do ressurgimento de sintomas somáticos da depressão para os quais o medicamento foi inicialmente iniciado.

Perturbações de uso de substâncias. A síndrome de descontinuação de antidepressivos difere da abstinência de substâncias na medida em que os antidepressivos não possuem os mesmos efeitos aditivos ou euforizantes. A dose do medicamento normalmente não foi aumentada sem permissão do clínico e o indivíduo em regra não tem comportamentos de procura do medicamento no sentido de obter medicação adicional. Não se encontram critérios para perturbação de uso de substâncias.

Tolerância para medicamentos. Os sintomas de tolerância e descontinuação podem ocorrer como uma resposta fisiológica normal em resposta à interrupção do medicamento após uma exposição de duração significativa. A maioria dos casos de tolerância para medicamentos pode ser orientada com redução cautelosa e controlada.

Comorbilidades

Tipicamente, o indivíduo iniciou o fármaco para uma perturbação depressiva major; os sintomas originais poderão ressurgir durante a síndrome de descontinuação.

Outros Efeitos Adversos de Medicamentos

995.20 (T50.905A) Primeira ocorrência
995.20 (T50.905D) Ocorrência subsequente
995.20 (T50.905S) Sequelas

Esta categoria está disponível para uso opcional pelos clínicos para codificar efeitos secundários de medicamentos (que não sintomas de movimento) quando esses efeitos adversos se tornam um foco principal da atenção clínica. Os exemplos incluem hipotensão grave, arritmia cardíaca e priapismo.

Outras Condições Que Podem Ser Um Foco de Atenção Clínica

Esta discussão cobre outras condições e problemas que podem ser um foco de atenção clínica ou que podem de outra forma afetar o diagnóstico, curso, prognóstico ou tratamento da perturbação mental de um doente. Estas condições são apresentadas com os seus códigos correspondentes da ICD-9-CM (normalmente com V) e ICD-10-CM (normalmente com Z). Uma condição ou problema listado neste capítulo pode ser codificado se é a razão da busca de cuidados médicos ou se ajuda a explicar a necessidade da realização de um teste, procedimento ou tratamento. As condições e problemas deste capítulo também podem ser incluídos no processo médico como informações úteis sobre circunstâncias que podem afetar o tratamento do doente, independentemente da sua relevância para a presente consulta.

As condições e problemas listados neste capítulo não são perturbações mentais. A sua inclusão no DSM-5 destina-se a chamar a atenção para o âmbito de questões adicionais que podem ser encontradas na prática clínica e providenciar uma listagem sistemática que pode ser útil para os clínicos na documentação destes aspetos.

Problemas Relacionais

As relações-chave, em especial as relações íntimas como as entre parceiros adultos e relações entre pais/cuidadores e crianças, têm um impacte significativo na saúde dos indivíduos nessas relações. Estas relações podem ser promotoras e protetoras de saúde, neutras ou prejudiciais. No seu limite, estas relações próximas podem ser associadas a maus-tratos ou negligência, o que pode ter consequências médicas e psicológicas significativas para o indivíduo afetado. Um problema relacional pode chegar à atenção do clínico quer como a razão pela qual o indivíduo procurou cuidados de saúde, quer como um problema que afeta o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou médica do indivíduo.

Problemas Relacionados com a Educação Familiar

V61.20 (Z62.820) Problemas Relacionais entre Pais e Criança

Nesta categoria o termo *pais* é usado para se referir a um dos prestadores de cuidados primários da criança, que poderá ser biológico, adotivo, de acolhimento ou pode ser outro familiar (como um avô) que preenche o papel parental para a criança. Esta categoria deve ser usada quando o principal foco da atenção clínica visa a qualidade da relação pais-criança ou quando essa qualidade afeta o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou outra perturbação médica. Tipicamente, o problema relacional entre pais e criança está associado a um comprometimento no funcionamento nos domínios comportamental,

cognitivo e afetivo. Exemplos de problemas comportamentais incluem inadequações no controlo parental, supervisão e envolvimento com a criança; sobreproteção parental; pressão parental excessiva; discussões que se intensificam até ameaças de violência física; e evitamento sem resolução de problemas. Os problemas cognitivos podem incluir atribuições negativas às intenções de outros, hostilidade e atribuição de culpas a outros e sentimentos injustificados de afastamento. Os problemas afetivos podem incluir sentimentos de tristeza, apatia ou raiva sobre o outro indivíduo na relação. Os clínicos devem ter em conta as necessidades de desenvolvimento da criança assim como o contexto cultural.

V61.8 (Z62.891) Problemas Relacionais Fraternos

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é um padrão de interação entre irmãos que é associado a comprometimento significativo no funcionamento do indivíduo ou da família, com desenvolvimento de sintomas num ou mais irmãos, ou quando um problema relacional entre irmãos está a afetar o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou outra perturbação médica de um dos irmãos. Esta categoria pode ser usada quer em crianças quer em adultos, se o foco está na relação fraterna. Irmãos neste contexto incluem irmãos consanguíneos, meios-irmãos, por casamento, irmãos adotivos e irmãos de acolhimento.

V61.8 (Z62.29) Educação Longe dos Pais

Esta categoria deve ser usada quando o foco principal de atenção clínica diz respeito a aspetos relacionados com uma criança a ser criada longe dos pais ou quando esta educação separada afeta o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou outra perturbação médica. A criança pode estar sob custódia estatal ou colocada aos cuidados de famílias ou centros de acolhimento. Pode também viver em casa de familiares que não os pais ou com amigos, mas cuja colocação fora de casa não é mandatada ou sancionada pelos tribunais. Estão incluídos também problemas relacionados com uma criança a viver numa casa de grupo ou orfanato. Esta categoria exclui questões relacionadas com V60.6 (Z59.3) crianças em colégios internos.

V61.29 (Z62.898) Criança Afetada por Relação Parental Atribulada

Esta categoria deve ser usada quando o foco da atenção clínica são os efeitos negativos da relação parental de discórdia (por exemplo, grau elevado de conflito, angústia ou depreciação) numa criança da família, incluindo efeitos em perturbações mentais ou outras perturbações médicas da criança.

Outros Problemas Relacionados com o Grupo de Suporte Primário

V61.10 (Z63.0) Relação Atribulada com o Cônjuge ou Parceiro Íntimo

Esta categoria deve ser usada quando o foco principal de atenção clínica visa a qualidade da relação íntima (com o cônjuge ou parceiro) ou quando a qualidade dessa relação afeta o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou outra perturbação médica. Os parceiros podem ser do mesmo género ou de géneros diferentes. Tipicamente, o mal-estar da relação está associado a comprometimento funcional nos domínios comportamentais, cognitivos ou afetivos. Exemplos de problemas comportamentais incluem dificuldade na resolução de conflitos, afastamento e sobreenvolvimento. Os problemas cognitivos podem manifestar-se como atribuições negativas às intenções do outro de forma persistente ou rejeição de comportamentos positivos por parte do parceiro. Os problemas afetivos incluem tristeza arrastada, apatia e/ou raiva contra o outro parceiro.

Nota: Esta categoria exclui os encontros com os profissionais de saúde para V61.1x (Z69.1x) procura de serviços de saúde mental para o parceiro ou problemas de abuso deste; e exclui também V65.49 (Z70.9) aconselhamento sexual.

V61.03 (Z63.5) Disrupção Familiar por Separação ou Divórcio
Esta categoria deve ser usada quando parceiros de um casal adulto íntimo vivem separados devido a problemas de relacionamento ou estão em processo de divórcio.

V61.8 (Z63.8) Nível Elevado de Emoção Expressa Dentro da Família
Emoção expressa é um constructo usado como uma medida qualitativa de quanta emoção – em particular hostilidade, sobreenvolvimento emocional e/ou criticismo dirigidos a um familiar que é doente – é mostrada no ambiente familiar. Esta categoria deve ser usada quando o foco da atenção clínica é um nível elevado de emoção expressa ou quando afeta o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou outra perturbação médica de um membro da família.

V62.82 (Z63.4) Luto Não Complicado
Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é uma reação normal à morte de um ente querido. Como parte desta reação à perda, alguns indivíduos de luto apresentam-se com sintomas característicos de um episódio depressivo major – por exemplo, sentimentos de tristeza e sintomas associados como insónia, diminuição do apetite e perda de peso. O indivíduo de luto normalmente considera este humor deprimido como «normal», embora possa procurar ajuda profissional para alívio dos sintomas associados como insónia ou anorexia. A duração e expressão do luto «normal» variam consideravelmente entre os vários grupos culturais. Para maior informação sobre como distinguir luto de um episódio depressivo major, consultar os critérios para episódio depressivo major.

Abuso e Negligência

Os maus-tratos por um membro da família (por exemplo, cuidador ou parceiro adulto íntimo) ou por um indivíduo que não é familiar podem ser o foco atual da atenção clínica, ou tais maus-tratos podem ser um fator importante na avaliação e tratamento dos doentes com perturbações mentais ou outras perturbações médicas. Devido às implicações legais do abuso e negligência, deve ser-se cuidadoso ao avaliar estas condições e atribuir esta codificação. Ter história passada de abuso ou negligência no passado pode influenciar o diagnóstico e a resposta ao tratamento em várias perturbações mentais e pode ser também registado com o diagnóstico.

Para as categorias que se seguem, para além da listagem de eventos suspeitados ou confirmados de abuso ou negligência, são fornecidos outros códigos caso o atual encontro clínico seja destinado a providenciar serviços de saúde mental quer à vítima quer ao autor do abuso ou negligência. É disponibilizado também um código separado para designar história de abuso ou negligência no passado.

Nota de Codificação para ICD-10-CM Condições de Abuso ou Negligência
Só para os códigos T, o 7.º dígito deve ser codificado da seguinte forma:

A **(primeira ocorrência).** Usar quando o doente recebe tratamento ativo para a condição (por exemplo, tratamento cirúrgico, ida ao serviço de urgência, avaliação e tratamento por um novo clínico); ou

D (ocorrência subsequente). Usar para ocorrências depois de o doente ter recebido tratamento ativo para a sua condição e quando este está a receber cuidados continuados para a sua condição durante a fase de cura ou recuperação (por exemplo, remoção ou mudança de gesso, remoção de aparelho de fixação externa ou interna, ajuste de medicação, outras visitas de seguimento ou após tratamento).

Maus-tratos Infantis e Problemas de Negligência

Abuso Físico Infantil

Abuso físico infantil é a lesão física não acidental de uma criança – que pode variar desde pequenas equimoses a fraturas graves ou morte –, ocorrendo como resultado de esmurrar, espancar, pontapear, morder, sacudir, atirar, esfaquear, asfixiar ou bater (com a mão, pau, cinto ou outro objeto), queimar, ou qualquer outro método infligido por pais, cuidador ou outro indivíduo que tem uma responsabilidade para com a criança. Tais lesões são consideradas abuso independentemente da intenção do cuidador de fazer mal à criança. O uso de disciplina física, como palmadas, não é considerado abuso desde que sejam justificadas e não causem lesões físicas à criança.

Abuso Físico Infantil, Confirmado
995.54 (T74.12XA) Ocorrência inicial
995.54 (T74.12XD) Ocorrência subsequente

Abuso Físico Infantil, Suspeitado
995.54 (T76.12XA) Ocorrência inicial
995.54 (T76.12XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Físico Infantil
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil não parental
V15.41 (Z62.810) História pessoal (passada) de abuso físico na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil não parental

Abuso Sexual Infantil

O abuso sexual infantil engloba qualquer ato sexual que envolve uma criança, que tem como intenção dar gratificação sexual a pais, prestador de cuidados ou outro indivíduo que tem responsabilidade para com a criança. O abuso sexual inclui atividades como carícias aos genitais da criança, penetração, incesto, violação, sodomização e exposição indecente. O abuso sexual também inclui exploração da criança sem contacto – por exemplo forçar, enganar, seduzir, ameaçar ou pressionar a criança a participar em atos para a gratificação sexual de outros, sem contacto físico direto entre a criança e o abusador.

Abuso Sexual Infantil, Confirmado
995.53 (T74.22XA) Ocorrência inicial
995.53 (T74.22XD) Ocorrência subsequente

Abuso Sexual Infantil, Suspeitado
995.53 (T76.22XA) Ocorrência inicial
995.53 (T76.22XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Sexual Infantil
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil não parental
V15.41 (Z62.810) História pessoal (passada) de abuso sexual na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil não parental

Negligência Infantil

A negligência infantil é definida como qualquer ato ou omissão notórios, pelos pais ou outro cuidador da criança, que a prive das suas necessidades básicas apropriadas para a idade e que por isso resulte ou tenha grande potencial de resultar em lesão física ou psicológica da criança, quer seja confirmado ou suspeitado. A negligência infantil engloba abandono, falta de supervisão apropriada, incapacidade de cuidar das necessidades emocionais ou psicológicas, ou incapacidade de providenciar a educação, cuidados de saúde, alimento, abrigo ou vestuário necessários à criança.

Negligência Infantil, Confirmada
995.52 (T74.02XA) Ocorrência inicial
995.52 (T74.02XD) Ocorrência subsequente

Negligência Infantil, Suspeitada
995.52 (T76.02XA) Ocorrência inicial
995.52 (T76.02XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Negligência Infantil
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil não parental
V15.42 (Z62.812) História pessoal (passada) de negligência na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil não parental

Abuso Psicológico Infantil

Abuso psicológico infantil são atos simbólicos ou verbais, não acidentais, feitos pelos pais ou outro cuidador da criança que resultem ou tenham grande potencial de resultar em lesões psicológicas significativas da criança. (Atos abusivos físicos ou sexuais não são incluídos

nesta categoria.) Exemplos de abuso psicológico infantil incluem censurar, denegrir ou humilhar a criança; ameaçar a criança; danificar ou abandonar, ou dar indícios que o irá fazer a pessoas ou coisas pelas quais a criança nutra afeto; confinar a criança (como atar os braços ou as pernas da criança ou atar a criança a mobília ou outro objeto, ou confinar a criança a uma área pequena fechada, como por exemplo um armário); atribuir culpas erroneamente à criança de forma repetitiva; forçar a criança a infligir dor a si própria; ou disciplinar excessivamente a criança (isto é, de forma extremamente frequente ou por tempos excessivos de tempo, mesmo que não seja ao nível de abuso físico), por meios físicos ou não físicos.

Abuso Psicológico Infantil, Confirmado
995.51 (T74.32XA) Ocorrência inicial
995.51 (T74.32XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Infantil, Suspeitado
995.51 (T76.32XA) Ocorrência inicial
995.51 (T76.32XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Psicológico Infantil
V61.21 (Z69.010) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil parental
V61.21 (Z69.020) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil não parental
V15.42 (Z62.811) História pessoal (passada) de abuso psicológico na infância
V61.22 (Z69.011) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil parental
V62.83 (Z69.021) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil não parental

Problemas de Maus-Tratos ou Negligência em Adultos

Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros

Esta categoria deve ser usada quando ocorreram atos não acidentais de força física resultando, ou com potencial em resultar, em danos físicos para intimidar o parceiro ou que evoque medo significativo num parceiro íntimo, durante o último ano. Atos não acidentais de força física incluem empurrar, esbofetear, puxar o cabelo, beliscar, conter, abanar, atirar, morder, pontapear, bater com o punho ou objetos, queimar, envenenar, aplicar força na garganta, sufocar, manter a cabeça debaixo de água ou usar uma arma. Atos com o propósito de se defender ou proteger o parceiro estão excluídos.

Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmada
995.81 (T74.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T74.11XD) Ocorrência subsequente

Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitada
995.81 (T76.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T76.11XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros

V61.11 (Z69.11) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência física conjugal ou entre parceiros

V15.41 (Z91.410) História pessoal (passada) de violência física conjugal ou entre parceiros

V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de violência física conjugal ou entre parceiros

Violência Sexual Conjugal ou Entre Parceiros

Esta categoria deve ser usada quando ocorreram durante o último ano atos sexuais forçados ou coagidos com um parceiro íntimo. A violência sexual pode envolver o uso de força física ou de coação psicológica de forma a forçar o parceiro a iniciar um ato sexual contra a sua vontade, quer o ato seja ou não completado. Incluem-se também nesta categoria atos sexuais com um parceiro íntimo que é incapaz de consentir.

Violência Sexual Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmada

995.83 (T74.21XA) Ocorrência inicial

995.83 (T74.21XD) Ocorrência subsequente

Violência Sexual Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitada

995.83 (T76.21XA) Ocorrência inicial

995.83 (T76.21XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Violência Física Conjugal ou Entre Parceiros

V61.11 (Z69.81) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência sexual conjugal ou entre parceiros

V15.41 (Z91.410) História pessoal (passada) de violência sexual conjugal ou entre parceiros

V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de violência sexual conjugal ou entre parceiros

Negligência Conjugal ou Entre Parceiros

A negligência entre parceiros é qualquer ato notável ou omissão durante o último ano por um dos parceiros que prive o parceiro dependente de necessidades básicas e dessa forma resulte, ou tenha grande potencial para resultar, em lesões físicas ou psicológicas no parceiro dependente. Esta categoria é usada quando numa relação um dos parceiros é extremamente dependente do outro para cuidados ou assistência em atividades diárias quotidianas –, por exemplo, um parceiro que é incapaz de se autocuidar devido a limitações significativas físicas, psicológicas/intelectuais, ou culturais (por exemplo, um parceiro que é incapaz de comunicar com outros e gerir atividades diárias devido a viver numa cultura estrangeira).

Negligência Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmada

995.85 (T74.01XA) Ocorrência inicial

995.85 (T74.01XD) Ocorrência subsequente

Negligência Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitada
995.85 (T76.01XA) Ocorrência inicial
995.85 (T76.01XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Negligência Conjugal ou Entre Parceiros
V61.11 (Z69.11) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência conjugal ou entre parceiros
V15.42 (Z91.412) História pessoal (passada) de negligência conjugal ou entre parceiros
V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência conjugal ou entre parceiros

Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros

O abuso psicológico conjugal ou entre parceiros engloba atos verbais ou simbólicos não acidentais por um dos parceiros que resulte, ou tenha grande potencial para resultar, em lesões psicológicas significativas no outro parceiro. Esta categoria deve ser usada quando o abuso psicológico ocorreu durante o último ano. Atos de abuso psicológico incluem censurar ou humilhar a vítima; interrogar a vítima; limitar a capacidade da vítima de poder ir e voltar livremente; obstruir o acesso da vítima a assistência (por exemplo, de serviços policiais, legais ou médicos); ameaçar a vítima de lesões físicas ou sexuais; lesar ou ameaçar lesar pessoas ou coisas com as quais a vítima se preocupe; restrição injustificada do acesso ou uso aos recursos económicos da vítima; isolar a vítima da família, amigos ou outros suportes sociais; perseguir a vítima; e tentar que a vítima pense que está louca.

Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros, Confirmado
995.82 (T74.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T74.31XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros, Suspeitado
995.82 (T76.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T76.31XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros
V61.11 (Z69.11) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V15.42 (Z91.411) História pessoal (passada) de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V61.12 (Z69.12) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros

Abuso entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro

Estas categorias devem ser usadas quando um adulto foi abusado por outro adulto que não é um parceiro íntimo. Tais maus-tratos podem envolver atos de abuso físico, sexual ou emocional. Os exemplos de abuso em adultos incluem atos não acidentais de força física (por exemplo, empurrar ou puxar, arranhar, esbofetear, atirar objetos com intenção de lesar, esmurrar, morder) que resultem ou tenham grande potencial em resultar em lesões físicas ou que

tenham causado medo significativo; atos sexuais forçados ou coagidos; e atos verbais ou simbólicos com o potencial de causar lesões psicológicas (por exemplo, censurar ou humilhar a pessoa; interrogar a pessoa; limitar a capacidade da pessoa de poder ir e voltar livremente; obstruir o acesso da pessoa a assistência; ameaçar a pessoa de lesões físicas ou sexuais; lesar ou ameaçar lesar pessoas ou coisas com as quais a pessoa se preocupe; restrição injustificada do acesso ou uso dos recursos económicos da pessoa; isolar a pessoa da família, amigos ou outros suportes sociais; perseguir a pessoa; e tentar que a pessoa pense que está louca). Atos com o objetivo de se defender ou de proteger outra pessoa estão excluídos.

Abuso Físico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado
995.81 (T74.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T74.11XD) Ocorrência subsequente

Abuso Físico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeitado
995.81 (T76.11XA) Ocorrência inicial
995.81 (T76.11XD) Ocorrência subsequente

Abuso Sexual Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado
995.83 (T74.21XA) Ocorrência inicial
995.83 (T74.21XD) Ocorrência subsequente

Abuso Sexual Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeitado
995.83 (T76.21XA) Ocorrência inicial
995.83 (T76.21XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado
995.82 (T74.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T74.31XD) Ocorrência subsequente

Abuso Psicológico Entre Adultos por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeitado
995.82 (T76.31XA) Ocorrência inicial
995.82 (T76.31XD) Ocorrência subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas com Abuso Psicológico Conjugal ou Entre Parceiros
V65.49 (Z69.81) Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro
V62.83 (Z69.82) Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro

Problemas Educacionais e Ocupacionais

Problemas Educacionais

V62.3 (Z55.9) Problema Educacional ou Académico

Esta categoria deve ser usada quando um problema educacional ou académico é o foco da atenção clínica ou quando tem impacte no diagnóstico, tratamento e prognóstico do indivíduo. Os problemas a ser considerados nesta categoria incluem iliteracia ou baixo nível de

literacia; falta de acesso a educação por indisponibilidade ou inacessibilidade; problemas no desempenho académico (por exemplo, reprovar em exames escolares, receber notas ou avaliações que representem reprovação) ou desempenho abaixo do nível esperado para as capacidades intelectuais; discórdias com professores, pessoal escolar ou outros estudantes; e qualquer outro problema relacionado com educação e/ou literacia.

Problemas Ocupacionais

V62.21 (Z56.82) Problemas Relacionados com Colocação Militar Atual

Esta categoria deve ser usada quando um problema ocupacional diretamente relacionado com atual colocação militar de um indivíduo é o foco da atenção clínica ou tem um impacte no diagnóstico, tratamento ou prognóstico desse indivíduo. Reações psicológicas à colocação não são incluídas nesta categoria, dado que muitas dessas reações são mais bem descritas como uma perturbação de ajustamento ou outra perturbação mental.

V62.29 (Z56.9) Outro Problema Relacionado com Emprego

Esta categoria deve ser usada quando um problema ocupacional é o foco da atenção clínica ou tem um impacte no diagnóstico, tratamento ou prognóstico do indivíduo. As áreas a ser consideradas nesta categoria incluem problemas relacionados com emprego ou ambiente laboral, incluindo desemprego; alteração recente de emprego; ameaça de perda de emprego; insatisfação laboral; horário laboral causador de stress; incerteza acerca das escolhas de carreira; assédio sexual no emprego; outros problemas com o empregador, supervisor, colegas ou outros no ambiente de trabalho; ambiente laboral hostil; outros fatores de stress psicossociais relacionados com o emprego; e quaisquer outros problemas relacionados com emprego e/ou ocupação.

Problemas Económicos e de Alojamento

Problemas de Alojamento

V60.0 (Z59.0) Sem-Abrigo

Esta categoria deve ser usada quando a ausência de alojamento regular tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo. Um indivíduo é considerado sem abrigo quando a sua residência noturna primária é um abrigo para os sem-abrigo, abrigo para vítimas de violência doméstica, um espaço público (por exemplo, túnel, estação de transportes, centro comercial), um edifício não residencial (por exemplo, estrutura abandonada, fábrica abandonada), uma gruta ou caixa de cartão, ou outra situação de alojamento *ad hoc*.

V60.1 (Z59.1) Alojamento Inadequado

Esta categoria deve ser usada quando a falta de alojamento adequado tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo. Exemplos de condições inadequadas de alojamento incluem falta de aquecimento (em climas frios) ou eletricidade, infestação por insetos ou roedores, canalizações ou instalações sanitárias inadequadas, sobrelotação, falta de espaço adequado para dormir, ou barulho excessivo. É importante considerar-se as normas culturais antes de atribuir esta categoria.

V60.89 (Z59.2) Discórdia com Vizinho, Inquilino ou Senhorio

Esta categoria deve ser usada quando a discórdia com vizinhos, inquilinos ou senhorio é o foco de atenção clínica ou tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo.

V60.6 (Z59.3) Problema Relacionado com Alojamento em Instituição Residencial
Esta categoria deve ser usada quando um problema (ou problemas) relacionado com o alojamento numa instituição residencial é o foco de atenção clínica ou tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo. As reações psicológicas à mudança da situação de alojamento não são incluídas nesta categoria e poderão ser mais bem explicadas como uma perturbação de ajustamento.

Problemas Económicos

V60.2 (Z59.4) Falta de Comida Adequada ou Água Potável

V60.2 (Z59.5) Pobreza Extrema

V60.2 (Z59.6) Baixo Rendimento

V60.2 (Z59.7) Suporte Insuficiente pelas Instituições Sociais
Esta categoria deve ser usada para indivíduos que preencham critérios de elegibilidade para suporte por instituições sociais e que não o estejam a receber ou em que o suporte seja insuficiente para suportar as suas necessidades, ou que não tenham acesso a programas de segurança ou suporte. Exemplos incluem incapacidade para obter suporte social por falta de documentação ou de morada, incapacidade para obter seguro de saúde adequado devido à idade ou a uma condição preexistente, ou recusa de suporte social devido a rigor excessivo relativamente aos rendimentos ou outros requisitos.

V60.9 (Z59.9) Problema Económico ou de Alojamento Não Especificado
Esta categoria deve ser usada quando existe um problema relacionado com as circunstâncias económicas ou de alojamento que não esteja especificado nas categorias anteriores.

Outros Problemas Relacionados com o Ambiente Social

V62.89 (Z60.0) Problema de Fase de Vida
Esta categoria deve ser usada quando um problema em ajustar-se à transição para uma nova fase de vida é o foco de atenção clínica ou tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo. Exemplos dessas transições incluem a entrada ou o término da escola, emancipação do controlo parental, casamento, começo de uma nova carreira, tornar-se pai, ajustar-se ao «ninho vazio» após os filhos saírem de casa, e reforma.

V60.3 (Z60.2) Problema Relacionado com Viver Sozinho
Esta categoria deve ser usada quando um problema relacionado com o facto de viver sozinho é o foco de atenção clínica ou tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo. Exemplos deste tipo de problemas incluem sentimentos crónicos de solidão, isolamento e falta de estrutura na realização das atividades de vida quotidianas (por exemplo, horários irregulares de refeições e sono, realização inconsistente de tarefas domésticas).

V62.4 (Z60.3) Dificuldade de Aculturação
Esta categoria deve ser usada quando a dificuldade em ajustar-se a uma nova cultura (após migração) é o foco de atenção clínica ou tem um impacte no tratamento e prognóstico do indivíduo.

V62.4 (Z60.4) Exclusão ou Rejeição Social
Esta categoria deve ser usada quando existe um desequilíbrio do poder social que faça que ocorra exclusão ou rejeição social por outros de forma recorrente. Exemplos de rejeição

social incluem *bullying*, troça ou intimidação; ser alvo de abuso verbal e humilhação; ou ser excluído propositadamente de atividades pelos seus pares, colegas de trabalho ou outros no ambiente social.

V62.4 (Z60.5) Alvo de Discriminação Desfavorável ou Perseguição (Percebida)
Esta categoria deve ser usada quando existe discriminação ou perseguição percebida ou experienciada pelo indivíduo com base na sua pertença (ou pertença percebida) a uma categoria específica. Tipicamente, tais categorias incluem género ou identidade de género, raça, etnia, religião, orientação sexual, país de origem, ideologia politica, estatuto de incapacidade, casta, estatuto social, peso ou aparência física.

V62.9 (Z60.9) Problema Não Especificado Relacionado com Ambiente Social
Esta categoria deve ser usada quando existe um problema relacionado com o ambiente social do indivíduo que não esteja especificado nos anteriores.

Problemas Relacionados com Criminalidade ou com Interação com o Sistema Judicial

V62.89 (Z65.4) Vítima de Crime
V62.5 (Z65.0) Condenação em Processo Civil ou Criminal sem Prisão
V62.5 (Z65.1) Prisão ou Outro Tipo de Encarceramento
V62.5 (Z65.2) Problemas Relacionados com Libertação de Prisão
V62.5 (Z65.3) Problemas Relacionados com Outras Circunstâncias Legais

Outras Visitas a Serviços de Saúde para Obter Aconselhamento Médico

V65.49 (Z70.9) Aconselhamento Sexual
Esta categoria deve ser usada quando o indivíduo procura aconselhamento relacionado com educação sexual, comportamento sexual, orientação sexual, atitudes sexuais (vergonha, timidez), orientação ou comportamentos sexuais de outros (por exemplo, cônjuge, parceiro, criança), satisfação sexual ou outra questão relacionada com sexo.

V65.40 (Z71.9) Outro Aconselhamento ou Consulta
Esta categoria deve ser usada quando o aconselhamento é dado ou é procurado para um problema que não esteja especificado anteriormente nesta categoria ou neste capítulo. Exemplos incluem aconselhamento espiritual ou religioso, aconselhamento nutricional ou aconselhamento sobre o uso de nicotina.

Problemas Relacionados com Outras Circunstâncias Psicossociais, Pessoais e Ambientais

V62.89 (Z65.8) Problema Religioso ou Espiritual
Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Exemplos incluem experiências angustiantes que envolvem a perda ou questionamento de fé, problemas associados com a conversão a uma nova religião ou o questionamento dos valores espirituais que poderão não estar relacionados com uma instituição religiosa ou igreja organizada.

V61.7 (Z64.0) **Problemas Relacionados com Gravidez Não Desejada**
V61.5 (Z64.1) **Problemas Relacionados com Multiparidade**
V62.89 (Z64.4) **Discórdia com Agente da Segurança Social, Incluindo de Liberdade Condicional, Gestor de Caso ou Assistente Social**
V62.89 (Z65.4) **Vítima de Terrorismo ou Tortura**
V62.22 (Z65.5) **Exposição a Desastre, Guerra ou Outro Tipo de Hostilidades**
V62.89 (Z65.8) **Outro Problema Relacionado com Circunstâncias Psicossociais**
V62.9 (Z65.9) **Problema Não Especificado Relacionado com Circunstâncias Psicossociais Não Especificadas**

Outras Circunstâncias de História Pessoal

V15.49 (Z91.49) **História Pessoal de Outro Trauma Psicológico**
V15.59 (Z91.5) **História Pessoal de Lesões ao Próprio**
V62.22 (Z91.82) **História Pessoal de Colocação Militar**
V15.89 (Z91.89) **Outros Fatores de Risco Pessoais**
V69.9 (Z72.9) **Problema Relacionado com Estilo de Vida**

Esta categoria deve ser usada quando um problema de estilo de vida é o foco específico de tratamento ou afeta diretamente o curso, prognóstico ou tratamento de uma perturbação mental ou outra perturbação médica. Exemplos de problemas de estilo de vida incluem falta de exercício físico, dieta inapropriada, comportamentos sexuais de alto risco e má higiene do sono. Um problema que é atribuível a um sintoma de uma perturbação mental não deve ser codificado a não ser que esse problema seja o foco específico de tratamento ou que afete diretamente o curso, prognóstico ou tratamento do indivíduo. Em tais casos, tanto a perturbação mental como o problema de estilo de vida devem ser codificados.

V71.01 (Z72.811) **Comportamento Antissocial no Adulto**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é o comportamento antissocial no adulto que não é devido a perturbação mental (por exemplo, perturbação do comportamento, perturbação antissocial da personalidade). Exemplos incluem o comportamento de alguns ladrões profissionais, extorsionários ou traficantes de substâncias ilegais.

V71.02 (Z72.810) **Comportamento Antissocial no Adolescente ou na Criança**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é o comportamento antissocial no adolescente ou na criança que não é devido a perturbação mental (por exemplo, perturbação explosiva intermitente, perturbação de comportamento). Exemplos incluem atos antissociais isolados feitos por crianças ou adolescentes (e não um padrão de comportamento antissocial).

Problemas Relacionados com Acesso a Cuidados Médicos ou Outro Tipo de Assistência à Saúde

V63.9 (Z75.3) **Indisponibilidade ou Inacessibilidade a Instalações de Cuidados Médicos**
V63.8 (Z75.4) **Indisponibilidade ou Inacessibilidade a Outro Tipo de Instituições de Auxílio**

Não Adesão ao Tratamento Médico

V15.81 (Z91.19) Não Adesão ao Tratamento Médico

Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é a não adesão a um aspeto importante de tratamento para uma perturbação mental ou outra condição médica. As razões para a não adesão podem incluir desconforto resultante do tratamento (por exemplo, efeitos secundários da medicação), custos do tratamento, juízos de valor pessoais ou credos religiosos ou culturais sobre o tratamento proposto, debilidade relacionada com a idade e a presença de uma perturbação mental (por exemplo, esquizofrenia, perturbação da personalidade). Esta categoria deve ser usada só quando o problema é grave o suficiente para justificar a atenção clínica de forma separada e não preenche critérios de diagnóstico para fatores psicológicos que possam afetar outras condições médicas.

278.00 (E66.9) Excesso de Peso ou Obesidade

Esta categoria pode ser usada quando o excesso de peso ou obesidade são o foco de atenção clínica.

V65.2 (Z76.5) Simulação

A característica essencial de simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou claramente exagerados, motivada por incentivos externos como: evitar a recruta para o dever militar, evitar trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processo criminal ou obter fármacos. Em algumas circunstâncias a simulação pode representar um comportamento adaptativo – por exemplo, fingir-se doente quando capturado por inimigos em tempo de guerra. Deve suspeitar-se de simulação sempre que qualquer combinação dos seguintes itens for notada:

1. Contexto de apresentação médico-legal (por exemplo, se o indivíduo é referenciado por um advogado para observação, ou o indivíduo se submete espontaneamente enquanto estão pendentes queixas criminais).
2. Discrepância marcada entre a incapacidade ou stress do indivíduo e a observação e os achados objetivos.
3. Falta de cooperação durante a avaliação e no cumprimento do regime terapêutico prescrito.
4. Presença de perturbação de personalidade antissocial.

A simulação difere da perturbação factícia porque a motivação para a produção de sintomas na simulação é um incentivo externo, enquanto na perturbação factícia não existem incentivos externos. A simulação é diferenciada da perturbação de conversão e perturbações relacionadas com sintomas somáticos pela intencionalidade da produção de sintomas e o óbvio incentivo externo associado. A evidência indubitável de fingimento (com clara evidência de falta de função na observação mas não em casa) pode sugerir um diagnóstico de perturbação factícia se o objetivo do indivíduo for assumir o papel de doente, ou de simulação, se este objetivo for atingir um incentivo externo, como dinheiro.

V40.31 (Z91.83) Deambulação Relacionada com Perturbação Mental

Esta categoria é usada para indivíduos com uma perturbação mental cujo desejo de deambular leva a problemas significativos no seu tratamento e segurança. Por exemplo, indivíduos com perturbações neurocognitiva major ou do neurodesenvolvimento podem sentir uma vontade de deambular por lugares que podem pô-los em risco de quedas e leva-os a sair de

ambientes supervisionados sem o acompanhamento necessário. Esta categoria exclui indivíduos cuja intenção é fugir a uma situação de alojamento que não desejam (por exemplo, crianças que fogem de casa, doentes que não querem permanecer no hospital) ou aqueles cujo deambular ou andar resulte de acatisia induzida por fármaco.

Nota de codificação. Codificar primeiro perturbação mental (por exemplo, perturbação neurocognitiva major, perturbação do espectro do autismo) e depois codificar V40.31 (Z91.83) deambulação associada a [perturbação mental especifica].

V62.89 (R41.83) Funcionamento Intelectual-Limite

Esta categoria pode ser usada quando o funcionamento intelectual-limite de um indivíduo é o foco de atenção clínica ou tem impacte no tratamento ou prognóstico do indivíduo. Diferenciar entre funcionamento intelectual-limite e incapacidade intelectual ligeira (perturbação do desenvolvimento intelectual) requer avaliação cuidada das funções intelectuais e adaptativas e as suas discrepâncias, particularmente na presença de perturbações mentais coocorrentes que podem afetar a adesão aos testes estandardizados (por exemplo, esquizofrenia ou perturbação de hiperatividade/défice de atenção com impulsividade grave).

Secção III
Medidas e Modelos Emergentes

Medidas de Avaliação 877
Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas. 878
Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 – Adultos 883
Medida de Avaliação Transversal de Sintomas Cotada pelos Pais/Tutores de Nível 1 do DSM-5 – Crianças de 6-17 Anos. 885
Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico . . 887
Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) 890
Formulação Cultural. 895
Entrevista de Formulação Cultural (EFC, ou CFI, na Terminologia Anglo-Saxónica) 897
Entrevista de Formulação Cultural (CFI) – Versão do Informador 901
Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações de Personalidade . . 907
Condições para Estudo Futuro 931
Síndrome de Psicose Atenuada 931
Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração 935
Perturbação de Luto Complicado Persistente. 938
Perturbação de Uso de Cafeína 942
Perturbação de Jogos de Internet 945
Perturbação Neurocomportamental Associada à Exposição Pré-Natal ao Álcool 948
Perturbação de Comportamento Suicidário 952
Autolesão Não Suicida 954

Esta secção contém instrumentos e técnicas para melhorar o processo de decisão clínica, perceber o contexto cultural das perturbações mentais e reconhecer diagnósticos emergentes para estudo futuro. Fornece estratégias para melhorar a prática clínica e novos critérios para estimular investigação futura, representando um DSM-5 dinâmico que irá evoluir com os avanços neste campo.

Entre os instrumentos da Secção III está uma medida de avaliação transversal cotada pelo próprio/informador de Nível 1 que serve como revisão de sistemas através das perturbações mentais. É fornecida também uma escala de gravidade para a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas a ser cotada pelo clínico, bem como a Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, Versão 2 (WHODAS 2.0). As medidas de gravidade de Nível 2 estão disponíveis online (www.psychiatry.org/dsm5) e podem ser usadas para explorar respostas significativas à avaliação de Nível 1. É fornecida uma revisão abrangente do contexto cultural das perturbações mentais, bem como a Entrevista de Formulação Cultural para uso clínico.

São propostas perturbações para estudo futuro que incluem um novo modelo de diagnóstico de perturbações da personalidade como alternativa aos critérios de diagnóstico atualmente estabelecidos; o modelo proposto incorpora os défices no funcionamento da personalidade, bem como traços patológicos de personalidade. Estão também incluídas novas condições que são foco de investigação ativa, tais como a síndrome psicótica atenuada e a autolesão não suicida.

Medidas de Avaliação

Um corpo crescente de evidência científica favorece os conceitos dimensionais no diagnóstico das perturbações mentais. As limitações da abordagem categorial do diagnóstico incluem o fracasso em encontrar zonas de raridade entre diagnósticos (isto é, delineação de perturbações mentais entre si por fronteiras naturais), a necessidade de categorias intermédias como a perturbação esquizoafetiva, as altas taxas de comorbilidade, os frequentes diagnósticos não especificados, a relativa falta de utilidade de promover a identificação de antecedentes validadores únicos para a maioria das perturbações mentais e a ausência de especificidade do tratamento para as várias categorias diagnósticas.

Tanto da perspetiva clínica, como da perspetiva da investigação, existe necessidade de uma abordagem mais dimensional que possa ser combinada com o conjunto de diagnósticos categoriais do DSM. Essa abordagem incorpora variações de características num indivíduo (por exemplo, a gravidade diferencial de sintomas individuais, tanto dentro como fora dos critérios de diagnóstico da perturbação, avaliados pela intensidade, duração ou número de sintomas, junto com outras características como o tipo e a gravidade das incapacidades), em vez de se fundar numa simples abordagem de sim-ou-não. Para diagnósticos para os quais todos os sintomas são necessários para o diagnóstico (conjunto monotético de critérios), podem observar-se diferentes níveis de gravidade dos sintomas constituintes. Se é necessário um limiar de múltiplos sintomas, como pelo menos 5 de 9 sintomas para a perturbação depressiva major (conjunto politético de critérios), tanto os níveis de gravidade como as diferentes combinações de critérios podem identificar grupos diagnósticos mais homogéneos.

Uma abordagem dimensional dependendo primariamente do relato subjetivo da experiência dos sintomas do indivíduo juntamente com a interpretação do clínico é consistente com a prática diagnóstica atual. À medida que aumenta o nosso entendimento acerca dos mecanismos básicos da doença baseados na patofisiologia, circuitos neuronais, interações genes-ambiente e testes de laboratório, é expectável que sejam desenvolvidas abordagens que integrem dados objetivos e subjetivos dos doentes e aumentem a exatidão do processo diagnóstico.

As *medidas de avaliação transversal de sintomas* modeladas de acordo com a revisão de sistemas da medicina geral servem como uma abordagem para rever domínios psicopatológicos críticos. A revisão de sistemas da medicina geral é crucial para a deteção de alterações subtis nos diferentes sistemas de órgãos que podem facilitar o diagnóstico e o tratamento. Uma revisão semelhante das várias funções mentais pode auxiliar numa avaliação mais abrangente do estado mental, chamando a atenção para sintomas que podem não se enquadrar perfeitamente nos critérios de diagnóstico sugeridos pelos sintomas de apresentação do indivíduo, mas que podem, apesar disso, ser importantes no cuidado ao indivíduo.

As medidas de avaliação transversal têm dois níveis: as perguntas de Nível 1 são um breve questionário de 13 domínios sintomáticos para doentes adultos e 12 domínios para crianças e adolescentes. As questões de Nível 2 fornecem uma avaliação mais aprofundada de certos domínios. Estas medidas foram desenvolvidas para serem administradas na entrevista inicial e ao longo do tempo para monitorizar o estado dos sintomas do doente e a resposta ao tratamento.

As *medidas de gravidade* são específicas para as perturbações, correspondendo aproximadamente aos critérios que constituem a definição da perturbação. Podem ser administradas a indivíduos que receberam um diagnóstico ou que tenham uma síndrome clinicamente significativa que não preencha a totalidade dos critérios para um diagnóstico. Algumas das avaliações são completadas pelo próprio indivíduo, enquanto outras requerem o preenchimento por um clínico. Como acontece com as medidas de avaliação transversal de sintomas, estas medidas foram desenvolvidas para serem administradas na entrevista inicial e ao longo do tempo para monitorizar a gravidade da perturbação do indivíduo e a resposta ao tratamento.

A *Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde*, Versão 2.0 (WHODAS 2.0) foi desenvolvida para avaliar a capacidade de um doente para realizar atividades em 6 áreas: compreensão e comunicação; locomoção; autocuidados; relação com pessoas; atividades de vida diária (por exemplo, domésticas, laborais/escolares); e participação na sociedade. A escala é autoadministrada e foi desenvolvida para utilização em doentes com qualquer perturbação médica. Corresponde a conceitos contidos na Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde da OMS. Esta avaliação pode também ser usada ao longo do tempo para monitorizar alterações das incapacidades de um doente.

Este capítulo foca-se na Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 (versão de autoavaliação para o adulto e de avaliação pelos pais/tutores); nas Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico; e na WHODAS 2.0. São incluídas para cada uma delas instruções para o clínico, informações para cotação e diretrizes de interpretação. Estas medidas e avaliações dimensionais adicionais, incluindo as medidas para a gravidade do diagnóstico, podem ser encontradas *online* em www.psychiatry.org/dsm5.

Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas

Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1

A Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é uma medida cotada pelo doente ou informador que avalia domínios da saúde mental que são importantes para os diagnósticos psiquiátricos. O objetivo é ajudar os clínicos a identificar áreas adicionais da entrevista que podem ter um impacte significativo no tratamento e prognóstico dos indivíduos. Adicionalmente, a medida pode ser usada para monitorizar alterações na apresentação sintomática ao longo do tempo do indivíduo.

A versão para adultos da medida consiste em 23 perguntas que avaliam 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, problemas de sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substâncias (Tabela 1). Cada domínio consiste em 1 a 3 perguntas. Cada item questiona acerca de quanto (ou quantas vezes) o indivíduo se sentiu incomodado por um sintoma específico nas 2 semanas anteriores.

Se o indivíduo apresentar uma capacidade diminuída que o impossibilite de preencher o formulário (por exemplo, um indivíduo com demência), um informador adulto conhecedor da situação do doente pode completar esta medida. A medida mostrou-se clinicamente útil e de boa fiabilidade nos ensaios de campo do DSM-5 conduzidos em amostras clínicas de adultos nos EUA e no Canadá.

A versão da medida cotada por pais/tutores (para crianças de 6-17 anos) consiste em 25 perguntas que avaliam 12 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, irritabilidade, mania, ansiedade, sintomas somáticos, falta de atenção, ideação suicida /tentativa de suicídio, psicose, perturbação do sono, pensamentos e comportamentos repetitivos e uso de substâncias (tabela 2). Cada item questiona o pai ou o tutor acerca de quanto (ou quantas vezes) a criança se sentiu incomodada por um sintoma específico nas 2 semanas anteriores. A medida também se mostrou clinicamente útil e de boa fiabilidade nos ensaios de campo do DSM-5 conduzidos em amostras clínicas pediátricas nos EUA. Para crianças de 11-17 anos, além da cotação dada pelo pai/tutor, o clínico pode também considerar o preenchimento pelo doente da versão da medida cotada por crianças. A versão cotada por crianças pode ser encontrada *online* em www.psychiatry.org/dsm5.

Pontuação e interpretação. Na versão de autoavaliação da medida para adultos, cada item é cotado numa escala de 5 pontos (0 = nenhum ou nada; 1 = muito ligeiro ou raro, menos que 1 ou 2 dias; 2 = ligeiro ou vários dias; 3 = moderado ou mais de metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). Dentro de um domínio, a pontuação de cada item deve ser revista. No entanto, uma cotação de ligeira (isto é, 2) ou superior em qualquer item de um domínio, exceto para uso de substâncias, ideação suicida e psicose, pode servir como guia para investigação adicional e seguimento para determinar se é necessária uma avaliação mais minuciosa, o que pode incluir a medida de avaliação transversal de sintomas de Nível 2 para esse domínio (ver Tabela 1). Para o uso de substâncias, ideação suicida e psicose, uma cotação de muito ligeiro (isto é, 1) ou superior em qualquer item do domínio pode servir como guia para investigação adicional e seguimento para determinar se uma avaliação mais minuciosa é necessária. Assim, a pontuação mais alta de cada domínio deve ser indicada na coluna «Pontuação mais alta do domínio». A tabela 1 indica limiares de pontuação que podem guiar investigação adicional para os domínios restantes.

Na versão cotada por pais/tutores da medida (para crianças de 6-17 anos), 19 dos 25 itens são cotados numa escala de 5 pontos (0 = nenhum ou nada; 1 = muito ligeiro ou raro, menos do que 1 ou 2 dias; 2 = ligeiro ou vários dias; 3 = moderado ou mais de metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). Os itens relativos a ideação suicida, tentativa de suicídio e abuso de substâncias são cotados numa escala de «Sim, Não ou Não sei». Dentro de um domínio, a pontuação de cada item deve ser revista. No entanto, com exceção da falta de atenção e psicose, uma cotação de ligeiro (isto é, 2) ou superior em qualquer item que é cotado numa escala de 5 pontos pode servir como guia para uma investigação adicional e seguimento para determinar se uma avaliação mais minuciosa é necessária, o que pode incluir a medida de avaliação transversal de sintomas de Nível 2 para esse domínio (ver Tabela 2). Para a falta de atenção ou psicose, uma cotação de muito ligeiro ou superior (isto é, 1 ou mais) pode ser usada como indicador para uma investigação adicional. Uma cotação pelos pais ou tutores de «Não sei» nos itens relativos a ideação suicida, tentativa de suicídio ou a qualquer item de uso de substâncias, especialmente em crianças de 11-17 anos, pode resultar em averiguação adicional destes assuntos junto da criança, incluindo a utilização da

medida de avaliação transversal de sintomas de Nível 2 cotada pela criança para esse domínio. Uma vez que a investigação adicional é feita com base na pontuação mais alta de qualquer item de um domínio, os clínicos devem indicar essa pontuação na coluna «Pontuação mais alta do domínio». A Tabela 2 indica os limiares de pontuação que podem guiar a investigação adicional para os restantes domínios.

TABELA 1. Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos: 13 domínios, limiares para investigação adicional e medidas associadas de Nível 2 do DSM-5.

Domínio	Nome do domínio	Limiar para investigação adicional	Medida de avaliação transversal de sintomas de Nível 2 do DSM-5[a]
I.	Depressão	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Depressão – Adultos (PROMIS Emotional Distress – Short Form)
II.	Raiva	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Raiva – Adultos (PROMIS Emotional Distress – Raiva – Short Form)
III.	Mania	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Mania – Adultos (Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
IV.	Ansiedade	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Ansiedade – Adultos (PROMIS Emotional Distress – Anxiety – Short Form)
V.	Sintomas somáticos	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Sintomas Somáticos – Adultos (Patient Health Care Questionnaire-15 [PHQ-15] Somatic Symptom Severity Scale])
VI.	Ideação suicida	Muito ligeiro ou superior	Nenhuma
VII.	Psicose	Muito ligeiro ou superior	Nenhuma
VIII.	Problemas de sono	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Perturbações do Sono – Adultos (PROMIS Sleep Disturbance – Short Form)
IX.	Memória	Ligeiro ou superior	Nenhuma
X.	Pensamentos e comportamentos repetitivos	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Pensamentos e Comportamentos Repetitivos – Adulto (Florida Obsessive-Compulsive Inventory [FOCI] Severity Scale)
XI.	Dissociação	Ligeiro ou superior	Nenhuma
XII.	Funcionamento da personalidade	Ligeiro ou superior	Nenhuma
XIII.	Uso de substâncias	Muito ligeiro ou superior	Nível 2 – Uso de Substâncias – Adulto (adaptado de NIDA-Modified ASSIST)

Nota. NIDA=National Institute on Drug Abuse.
[a] Disponível em www.psychiatry.org/dsm5.

TABELA 2. Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Crianças de 6-17 anos cotada por pais/tutores: 12 domínios, limiares para investigação adicional e medidas de Nível 2 associadas do DSM-5.

Domínio	Nome do domínio	Limiar para investigação adicional	Medida de avaliação transversal de sintomas de Nível 2 do DSM-5[a]
I.	Sintomas somáticos	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Sintomas Somáticos – Pais/ /Tutores das Crianças de 6-17 anos (Patient Health Questionnaire-15 [PHQ-15] Somatic Symptom Severity Scale)
II.	Perturbações do sono	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Perturbações de Sono – Pais/ /Tutores das Crianças de 6-17 anos (PROMIS Sleep Disturbance – Short Form)
III.	Falta de atenção	Muito ligeiro ou superior	Nível 2 – Falta de Atenção – Pais/Tutores das Crianças de 6-17 anos (Swanson, Nolan, and Pelham, Version IV [SNAP-IV])
IV.	Depressão	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Depressão – Pais/Tutores das Crianças de 6-17 anos (PROMIS Emotional Distress – Depression – Parent Item Bank)
V.	Raiva	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Raiva – Pais/Tutores das Crianças (PROMIS Calibrated Anger Measure - Parent)
VI.	Irritabilidade	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Irritabilidade – Pais/Tutores das Crianças (Affective Reactivity Index [ARI])
VII.	Mania	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Mania – Pais/Tutores das Crianças de 6-17 anos (Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
VIII.	Ansiedade	Ligeiro ou superior	Nível 2 – Ansiedade – Pais/Tutores das Crianças de 6-17 anos (PROMIS Emotional Distress – Anxiety – Parent Item Bank)
IX.	Psicose	Muito ligeiro ou superior	Nenhuma
X.	Pensamentos e comportamentos repetitivos	Ligeiro ou superior	Nenhuma
XI.	Uso de substâncias	Sim	Nível 2 – Uso de Substâncias – Pais/Tutores das Crianças de 6-17 anos (adaptado de NIDA-Modified ASSIST)
		Não sei	NIDA-Modified ASSIST (adaptado) – Cotada pela Criança (11-17 anos)
XII.	Ideação suicida/tentativa de suicídio	Sim	Nenhuma
		Não sei	Nenhuma

Nota. NIDA=National Institute on Drug Abuse.
[a] Disponível em www.psychiatry.org/dsm5.

Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 2

Quaisquer pontuações limiares na Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 (como observado nas tabelas 1 e 2 e descrito em «Pontuação e interpretação») indicam a possível necessidade de investigação clínica detalhada. As Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 2 fornecem um método para a obtenção de informação mais aprofundada sobre sintomas potencialmente significativos para o diagnóstico, plano de tratamento e seguimento. Essas medidas estão disponíveis *online* em www.psychiatry.org/dsm5. As tabelas 1 e 2 destacam cada domínio do Nível 1 e identificam os domínios para os quais estão disponíveis Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 2 para avaliação mais detalhada. Estão disponíveis *online* em www.psychiatry.org/dsm5 versões para adultos e pediátricas (para pais e crianças) para a maioria dos domínios de sintomas de Nível 1.

Frequência do Uso das Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas

Para monitorizar as alterações na apresentação dos sintomas de um indivíduo ao longo do tempo, as Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 e de Nível 2 devem ser preenchidas a intervalos regulares, como clinicamente indicado, dependendo da estabilidade dos sintomas e da fase do tratamento. Para os indivíduos com capacidade diminuída e para crianças de 6-17 anos, é preferível que nas consultas de seguimento as medidas sejam preenchidas pelo mesmo informador adulto conhecedor da situação do doente e pelo mesmo pai ou tutor. Resultados consistentemente altos num domínio particular podem indicar sintomas significativos e problemáticos para o indivíduo que poderão necessitar de avaliação, tratamento e seguimento. Essa decisão deve ser guiada pelo juízo clínico.

Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 – Adultos

Nome:_____ Idade:_____ Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino Data:_____

Se preenchida por um informador, qual a sua **relação com o indivíduo?**:_____

Numa semana típica, aproximadamente quanto tempo passa com o indivíduo? _____ **horas/semana**

Instruções. As questões abaixo são sobre coisas que o podem ter incomodado. Para cada questão, desenhe um círculo à volta do número que melhor descreve quanto (ou com que frequência) se sentiu incomodado por cada problema nas últimas DUAS (2) SEMANAS.

		Durante as últimas **DUAS (2) SEMANAS**, quanto (ou com que frequência) se sentiu incomodado pelos seguintes problemas?	**Nenhuma** Nada	**Muito ligeiro** Raro, menos do que um ou dois dias	**Ligeiro** Vários dias	**Moderado** Mais de metade dos dias	**Grave** Quase todos os dias	**Pontuação mais alta do domínio** (clínico)
I.	1.	Ter pouco interesse ou prazer a fazer as coisas?	0	1	2	3	4	
	2.	Sentir-se em baixo, deprimido ou desesperançado?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Sentir-se mais irritado, aborrecido ou zangado do que o habitual?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormir menos do que o habitual e ainda assim ter muita energia?	0	1	2	3	4	
	5.	Iniciar muito mais projetos do que o habitual ou fazer coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Sentir-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou no limite?	0	1	2	3	4	
	7.	Sentir-se em pânico ou estar assustado?	0	1	2	3	4	
	8.	Evitar situações que o deixam ansioso?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Dores inexplicadas (por exemplo, de cabeça, costas, articulações, abdómen, pernas)?	0	1	2	3	4	
	10.	Sentir que a sua doença não está a ser levada suficientemente a sério?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Pensar em magoar-se a si próprio?	0	1	2	3	4	
VII.	12.	Ouvir coisas que as outras pessoas não ouvem, como vozes, mesmo quando ninguém está por perto?	0	1	2	3	4	
	13.	Sentir que alguém pode ouvir o seu pensamento ou que você pode ouvir o que outra pessoa está a pensar?	0	1	2	3	4	

		Durante as últimas **DUAS (2) SEMANAS**, quanto (ou com que frequência) se sentiu incomodado pelos seguintes problemas?	**Nenhuma** Nada	**Muito ligeiro** Raro, menos do que um ou dois dias	**Ligeiro** Vários dias	**Moderado** Mais de metade dos dias	**Grave** Quase todos os dias	**Pontuação mais alta do domínio** (clínico)
VIII.	14.	Problemas em dormir que afetaram a qualidade global do seu sono?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problemas de memória (por exemplo, aprender nova informação) ou de orientação (por exemplo, encontrar o caminho para casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua mente?	0	1	2	3	4	
	17.	Sentir-se levado a desempenhar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Sentir-se separado ou distante de si próprio, do seu corpo, do que o rodeia ou das suas memórias?	0	1	2	3	4	
XII.	19.	Não saber quem realmente é ou o que quer na vida?	0	1	2	3	4	
	20.	Não se sentir próximo das outras pessoas ou não desfrutar as suas relações com elas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	Beber pelo menos 4 bebidas alcoólicas de qualquer tipo num só dia?	0	1	2	3	4	
	22.	Fumar cigarros, charutos, cachimbo ou tabaco rapé ou de mascar?	0	1	2	3	4	
	23.	Utilizar qualquer dos seguintes medicamento POR SUA INICIATIVA, isto é, sem prescrição médica, ou em quantidade maior ou por período mais prolongado do que o prescrito [por exemplo, analgésicos (como *Vicodin*), estimulantes (como *Ritalina* ou *Adderall*), sedativos ou tranquilizantes (como comprimidos para dormir ou *Valium*), ou drogas como *marijuana*, cocaína ou *crack*, drogas da noite (como ecstasy), alucinogénios (como LSD), heroína, inalantes ou solventes (como cola) ou metanfetaminas (como *speed*)]?	0	1	2	3	4	

Medida de Avaliação Transversal de Sintomas Cotada pelos Pais/Tutores de Nível 1 do DSM-5 – Crianças de 6-17 anos

Nome da criança: _____ Idade: _____ Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino Data: _____

Relação com a criança: _____

Instruções (*para o pai ou tutor da criança*). As questões abaixo são sobre coisas que podem ter incomodado a sua criança. Para cada questão, desenhe um círculo à volta do número que melhor descreve quanto (ou com que frequência) a criança se sentiu incomodada por cada problema nas últimas DUAS (2) SEMANAS.

		Durante as últimas DUAS (2) SEMANAS, quanto (ou com que frequência) a sua criança...	**Nenhuma** Nada	**Muito ligeiro** Raro, menos do que um ou dois dias	**Ligeiro** Vários dias	**Moderado** Mais de metade dos dias	**Grave** Quase todos os dias	**Pontuação mais alta do domínio** (clínico)
I.	1.	Queixou-se de dores de barriga, dores de cabeça ou outras dores?	0	1	2	3	4	
	2.	Disse que estava preocupada com a sua saúde ou com ficar doente?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Teve problemas em dormir – isto é, dificuldade em adormecer, manter-se a dormir ou acordar demasiado cedo?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Teve problemas em prestar atenção quando está nas aulas, a fazer os trabalhos de casa ou a ler um livro ou jogar um jogo?	0	1	2	3	4	
IV.	5.	Divertiu-se menos do que o habitual a fazer coisas?	0	1	2	3	4	
	6.	Pareceu triste ou deprimida durante várias horas?	0	1	2	3	4	
V. e VI.	7.	Pareceu mais irritada ou facilmente aborrecida do que o habitual?	0	1	2	3	4	
	8.	Pareceu zangada ou perdeu a calma?	0	1	2	3	4	
VII.	9.	Iniciou muito mais projetos ou fez mais coisas arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
	10.	Dormiu menos do que o habitual e ainda assim manteve muita energia?	0	1	2	3	4	
VIII.	11.	Disse que se sentiu nervosa, ansiosa ou assustada?	0	1	2	3	4	
	12.	Não foi capaz de parar de se preocupar?	0	1	2	3	4	
	13.	Disse que não conseguia fazer coisas que queria ou devia fazer porque a deixaram nervosa?	0	1	2	3	4	

		Durante as últimas DUAS (2) SEMANAS, quanto (ou com que frequência) a sua criança...	**Nenhuma** Nada	**Muito ligeiro** Raro, menos do que um ou dois dias	**Ligeiro** Vários dias	**Moderado** Mais de metade dos dias	**Grave** Quase todos os dias	**Pontuação mais alta do domínio** (clínico)
IX.	14.	Disse que ouvia vozes – quando ninguém estava presente – a falar sobre si, ou a dizer-lhe o que fazer, ou a dizer coisas más sobre si?	0	1	2	3	4	
	15.	Disse que teve uma visão quando estava completamente acordada – isto é, viu algo ou alguém que mais ninguém conseguia ver?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Disse que estão sempre a vir à sua cabeça pensamentos de que faria algo mau ou de que algo de mal lhe iria acontecer a si ou a outra pessoa?	0	1	2	3	4	
	17.	Disse que sentiu necessidade de verificar certas coisas repetidamente, como por exemplo se a porta estava trancada ou se o fogão estava desligado?	0	1	2	3	4	
	18.	Pareceu preocupar-se muito sobre a possibilidade de coisas em que tocou estarem sujas, terem germes ou estarem envenenadas?	0	1	2	3	4	
	19.	Disse que tinha de fazer algo de uma certa maneira, como contar ou dizer coisas especiais em voz alta, de forma a evitar que algo de mal acontecesse?	0	1	2	3	4	
		Nas últimas **DUAS (2) SEMANAS**, a sua criança...						
XI.	20.	Ingeriu uma bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, etc.)?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	21.	Fumou cigarros, charutos, cachimbo, tabaco rapé ou de mascar?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	22.	Usou drogas como *marijuana*, cocaína ou *crack*, drogas da noite (como *ecstasy*), alucinogénios (como LSD), heroína, solventes (como cola) ou metanfetaminas (como *speed*)?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	23.	Usou algum medicamento sem prescrição médica [por exemplo, analgésicos (como *Vicodin*), estimulantes (como *Ritalina* ou *Adderal*), sedativos ou tranquilizantes (como comprimidos para dormir ou *Valium*), ou esteroides]?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
XII.	24.	Nas últimas DUAS (2) SEMANAS, falou sobre querer matar-se ou sobre querer cometer suicídio?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não Sei	
	25.	ALGUMA VEZ tentou matar-se?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	

Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico

Tal como descrito no capítulo «Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas», as perturbações psicóticas são heterogéneas e a gravidade dos sintomas pode fazer prever aspetos importantes da doença, como o grau de défices cognitivos e/ou neurobiológicos. Avaliações dimensionais captam variações significativas na gravidade dos sintomas, o que pode ajudar no planeamento do tratamento, na tomada de decisão prognóstica e na investigação dos mecanismos patofisiológicos. As Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico providenciam escalas de avaliação dimensional dos sintomas primários de psicose, incluindo alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Também é incluída uma escala para avaliação dimensional do défice cognitivo. Muitos indivíduos com perturbações psicóticas têm défices numa série de domínios cognitivos, o que prediz as capacidades funcionais. Além disso, são fornecidas escalas de avaliação dimensional de depressão e de mania, o que poderá alertar os clínicos para a patologia do humor. A gravidade dos sintomas afetivos na psicose tem significado prognóstico e orienta o tratamento.

As Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico são uma medida de 8 itens que pode ser completada pelo clínico no momento da avaliação clínica. Cada item pede ao clínico que avalie a gravidade de cada sintoma tal como ele é experimentado pelo indivíduo nos últimos 7 dias.

Pontuação e Interpretação

Cada item na medida é cotado numa escala de 5 pontos (0 = nenhum; 1= equívoco; 2 = presente, mas ligeiro; 3=presente e moderado; e 4=presente e grave) com uma definição específica do sintoma em cada nível de cotação. O clínico pode rever toda a informação disponível sobre o indivíduo e, baseado na impressão clínica, selecionar (desenhando um círculo) o nível que descreve com maior precisão a gravidade da condição do indivíduo. O clínico indica, pois, a pontuação de cada item na coluna «Pontuação».

Frequência de Uso

Para monitorizar as alterações da gravidade dos sintomas de um indivíduo ao longo do tempo, a medida deve ser preenchida a intervalos regulares, como clinicamente indicado, dependendo da estabilidade dos sintomas e do estado do tratamento do indivíduo. Resultados consistentemente altos num domínio particular podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo, que poderão necessitar de avaliação, tratamento e seguimento adicionais. Essa decisão deve ser orientada pelo juízo clínico.

Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino Data: _____

Instruções. Com base em toda a informação que tiver sobre o indivíduo e usando o seu juízo clínico, por favor pontue (usando uma marca de verificação) a presença e a gravidade dos seguintes sintomas experimentados pelo indivíduo nos últimos sete (7) dias.

Domínio	0	1	2	3	4	Pontuação
I. Alucinações	❑ Ausente	❑ Equívoco (gravidade ou duração insuficientes para ser considerado psicose)	❑ Presente, mas ligeiro (pouca pressão para agir de acordo com as vozes, não muito incomodado pelas vozes)	❑ Presente e moderado (alguma pressão para responder às vozes, um pouco incomodado pelas vozes)	❑ Presente e grave (pressão intensa para responder às vozes, ou é muito incomodado pelas vozes)	
II. Delírios	❑ Ausente	❑ Equívoco (gravidade ou duração insuficientes para ser considerado psicose)	❑ Presente, mas ligeiro (pouca pressão para agir de acordo com as crenças delirantes, não muito incomodado pelas crenças)	❑ Presente e moderado (alguma pressão para agir de acordo com as crenças ou um pouco incomodado pelas crenças)	❑ Presente e grave (pressão intensa para agir de acordo com as crenças ou é muito incomodado pelas crenças)	
III. Discurso desorganizado	❑ Ausente	❑ Equívoco (gravidade ou duração insuficientes para ser considerado desorganização)	❑ Presente, mas ligeiro (alguma dificuldade em seguir o discurso)	❑ Presente e moderado (discurso frequentemente difícil de seguir)	❑ Presente e grave (discurso praticamente impossível de seguir)	
IV. Comportamento psicomotor anormal	❑ Ausente	❑ Equívoco (gravidade ou duração insuficientes para ser considerado comportamento psicomotor anormal)	❑ Presente, mas ligeiro (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia ocasionais)	❑ Presente e moderado (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia frequentes)	❑ Presente e grave (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia praticamente constantes)	

V. Sintomas negativos (expressão emocional restrita/ /diminuída ou avolição)	❑ Ausente	❑ Equívoca diminuição da expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento autoiniciado	❑ Presente, mas ligeira diminuição da expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento autoiniciado	❑ Presente e moderada diminuição da expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento autoiniciado	❑ Presente e grave diminuição da expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento autoiniciado	
VI. Comprometimento cognitivo	❑ Ausente	❑ Equívoco (função cognitiva não está claramente fora do intervalo esperado para a idade e SSE, isto é, dentro de 0,5 DP da média)	❑ Presente, mas ligeiro (alguma redução da função cognitiva; abaixo do esperado para a idade e SSE, 0,5-1 DP da média)	❑ Presente e moderado (clara redução da função cognitiva; abaixo do esperado para a idade e SSE, 1-2 DP da média)	❑ Presente e grave (grave redução da função cognitiva; abaixo do esperado para a idade e SSE, >2 DP da média)	
VII. Depressão	❑ Ausente	❑ Equívoco (ocasionalmente sente-se triste, em baixo, deprimido, ou desesperançado; põe em causa a possibilidade de ter falhado com alguém ou alguma coisa, mas não preocupado)	❑ Presente, mas ligeiro (períodos frequentes em que se sente muito triste, em baixo, moderadamente deprimido, ou desesperançado; com alguma preocupação, põe em causa a possibilidade de ter falhado com alguém ou alguma coisa)	❑ Presente e moderado (períodos frequentes de profunda depressão ou de desesperança; preocupação com culpa, ter feito mal)	❑ Presente e grave (profundamente deprimido ou desesperançado diariamente; culpa delirante, ou autocensura despropositada e muito desproporcional às circunstâncias)	
VIII. Mania	❑ Ausente	❑ Equívoco (humor elevado, expansivo ou irritável ocasional, ou alguma inquietação)	❑ Presente, mas ligeiro (períodos frequentes de humor algo elevado, expansivo ou irritável, ou inquietação)	❑ Presente e moderado (períodos frequentes de humor consideravelmente elevado, expansivo ou irritável, ou inquietação)	❑ Presente e grave (humor considerável e diariamente elevado, expansivo ou irritável, ou inquietação)	

Nota. DP=desvio padrão; SSE=status socioeconómico.

Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)

A versão de autopreenchimento para adultos da Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) é uma medida de 36 itens que avalia a incapacidade em adultos com idade igual ou superior a 18 anos. Avalia a incapacidade através de seis domínios, incluindo compreensão e comunicação, locomoção, autocuidados, relação com pessoas, atividades de vida diária (isto é, atividades domésticas, laborais e/ou escolares) e participação na sociedade. Se o adulto estiver com capacidade diminuída ou incapaz de preencher o formulário (por exemplo, um paciente com demência), um informador conhecedor da situação pode completar a versão de preenchimento por outros da medida, que está disponível em www.psychiatry.org/dsm5. Cada item da versão de autopreenchimento da WHODAS 2.0 pede ao indivíduo para cotar quanta dificuldade teve em áreas específicas do funcionamento nos últimos 30 dias.

Instruções de Pontuação da WHODAS 2.0 Fornecidas pela OMS

Pontuações resumidas da WHODAS 2.0. Existem duas opções básicas para calcular as pontuações resumidas da versão completa de 36 itens da WHODAS 2.0.

Simples. As pontuações atribuídas a cada um dos itens – «nenhuma» (1), «ligeira» (2), «moderada» (3), «grave» (4) e «extrema» (5) – são somadas. Este método é classificado como simples porque as pontuações de cada um dos itens são simplesmente somadas sem registo ou colapso das categorias de resposta; assim, não são pesados os itens individuais. Esta abordagem é prática para uma utilização manual da medida e pode ser o método de escolha em ambientes clínicos muito concorridos ou em situações de entrevista de papel-e-lápis. Como resultado, a simples soma das pontuações de itens de todos os domínios constitui uma estatística que é suficiente para descrever o grau de limitações funcionais.

Complexa. O método mais complexo de pontuação é chamado pontuação baseada na «teoria item-resposta» (IRT – *item-response-theory*). Tem em consideração múltiplos níveis de dificuldade para cada item da WHODAS 2.0. Toma separadamente a codificação para cada uma das respostas como «nenhum», «ligeiro», «moderado», «grave» e «extremo» e depois usa um computador para determinar a pontuação resumida, pesando diferenciadamente os itens e níveis de gravidade. O programa informático está disponível no website da OMS. A pontuação tem três passos:

- Passo 1 – Soma das pontuações recodificadas dos itens dentro de cada domínio.
- Passo 2 – Soma das pontuações de todos os seis domínios.
- Passo 3 – Conversão da pontuação resumida numa escala métrica de 0 a 100 (0 = sem incapacidade; 100 = incapacidade total).

Pontuações dos domínios da WHODAS 2.0. A WHODAS 2.0 produz pontuações específicas de domínio para seis domínios de funcionamento diferentes: cognição, mobilidade, autocuidado, locomoção, atividades da vida diária (domésticas e laborais/escolares) e participação.

Normas populacionais da WHODAS 2.0. Para as normas populacionais para a pontuação baseada em IRT da WHODAS 2.0 e para a distribuição populacional da pontuação baseada

em IRT da WHODAS 2.0, consulte por favor www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

Orientações Adicionais para Pontuação e Interpretação para Utilizadores do DSM-5

É pedido ao clínico que reveja a resposta do indivíduo a cada item da medida durante a entrevista clínica e que indique a pontuação autorrelatada para cada item na secção «Uso Exclusivo do Clínico». No entanto, se o clínico determina que a pontuação num item deve ser diferente, baseando-se na entrevista clínica e noutras informações disponíveis, pode indicar uma pontuação corrigida na caixa de pontuação em bruto do item. Com base em achados dos Ensaios de Campo do DSM-5 em amostras de pacientes adultos em seis localizações nos EUA e um no Canadá, *o DSM-5 recomenda o cálculo e o uso de pontuações médias para cada domínio e para a incapacidade global.* As pontuações médias são comparáveis com a escala de 5 pontos da WHODAS, o que permite ao clínico pensar na incapacidade do indivíduo nos termos nenhum (1), ligeiro (2), moderado (3), grave (4) ou extremo (5). As pontuações médias de domínio e de incapacidade global mostraram-se fiáveis, fáceis de usar e clinicamente úteis nos Ensaios de Campo do DSM-5. A *pontuação média de domínio* é calculada dividindo a pontuação em bruto do domínio pelo número de itens do domínio (por exemplo, se todos os itens no domínio «compreensão e comunicação» são cotados como moderados, então a pontuação média do domínio deve ser 18/6 = 3, indicando uma incapacidade moderada). A *pontuação média de incapacidade global* é calculada dividindo a pontuação em bruto do resultado global pelo número de itens da medida (isto é, 36). O indivíduo deve ser encorajado a completar todos os itens da WHODAS 2.0. Se não for dada resposta a 10 ou mais itens da medida (isto é, mais de 25% do total de 36 itens), o cálculo das pontuações de incapacidade global médias e simples pode não ter utilidade. Se 10 ou mais do total de itens da medida estiveram em falta, mas os itens de alguns domínios estiverem 75%-100% preenchidos, as pontuações de domínio simples ou médias podem ser usadas para esses domínios.

Frequência do uso. Para monitorizar alterações na incapacidade de um indivíduo ao longo do tempo, a medida deve ser preenchida a intervalos regulares, como clinicamente indicado, dependendo da estabilidade dos sintomas e do estado do tratamento. Resultados consistentemente altos num domínio particular podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo que devem garantir avaliação e intervenção futuras.

WHODAS 2.0

Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0

Versão de 36 itens de autopreenchimento

Nome do doente: _____ Idade: _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Feminino Data: _____

Este questionário coloca questões acerca de dificuldades devidas a condições de saúde/saúde mental. Condições de saúde incluem **doenças, outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.** Pense nos últimos 30 dias e responda às questões pensando em quanta dificuldade teve nas atividades que se seguem. Para cada questão, faça um círculo em torno de apenas **uma** resposta.

							Uso Exclusivo do Clínico		
Pontuações numéricas atribuídas a cada um dos itens		1	2	3	4	5	Pontuação em Bruto do Item	Pontuação em Bruto do Domínio	Pontuação Média do Domínio
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:									
Compreensão e comunicação									
D1.1	Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas no dia-a-dia?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender como chegar a um lugar novo?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer		___ 30	___ 5
D1.5	Compreender globalmente o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D1.6	Iniciar e manter uma conversa?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
Locomoção									
D2.1	Estar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D2.2	Levantar-se a partir de uma posição sentada?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D2.3	Andar pela sua casa?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer		___ 25	___ 5
D2.4	Sair de sua casa?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D2.5	Caminhar uma longa distância, como um quilómetro (ou equivalente)?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
Autocuidados									
D3.1	Lavar todo o corpo?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D3.2	Vestir-se?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer		___ 20	___ 5
D3.3	Comer?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D3.4	Ficar sozinho durante alguns dias?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
Relacionar-se com pessoas									
D4.1	Lidar com pessoas que não conhece?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D4.2	Manter uma amizade?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D4.3	Relacionar-se com pessoas que lhe são próximas?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer		___ 25	___ 5
D4.4	Fazer novos amigos?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D4.5	Atividades sexuais?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			

							Uso Exclusivo do Clínico		
Pontuações numéricas atribuídas a cada um dos itens		1	2	3	4	5	Pontuação em Bruto do Item	Pontuação em Bruto do Domínio	Pontuação Média do Domínio
Atividades de vida diária – Doméstica									
D5.1	Tratar das suas responsabilidades domésticas?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D5.2	Desempenhar bem a maioria das tarefas domésticas?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer		— 20	— 5
D5.3	Fazer todo o trabalho doméstico que precisava?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D5.4	Fazer o trabalho doméstico tão rápido quanto necessário?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
Atividades da vida diária – Escolares/Laborais									
Se trabalha (remunerado, não remunerado, por conta própria) ou estuda, complete as questões D5.5-D5.8, abaixo. Caso contrário, passe para D6.1.									
Devido ao seu estado de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:									
D5.5	Dia-a-dia laboral/escolar?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D5.6	Desempenhar bem as tarefas laborais/escolares mais importantes?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer		— 20	— 5
D5.7	Fazer todo o trabalho que precisava?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D5.8	Fazer o trabalho tão rápido quanto necessário?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
Participação na sociedade									
Nos últimos 30 dias:									
D6.1	Quanta dificuldade teve em participar de atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outras) da mesma forma que as outras pessoas?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D6.2	Quanta dificuldade teve com barreiras e obstáculos à sua volta?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D6.3	Quanta dificuldade teve em viver com dignidade devido às atitudes e ações dos outros?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D6.4	Quanto tempo perdeu com a sua condição de saúde ou com as suas consequências?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Muito	Extrema ou incapaz de fazer		— 40	— 5
D6.5	Em que medida foi emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D6.6	Em que medida a sua saúde afetou os seus recursos financeiros e da sua família?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D6.7	Que problemas teve a sua família por causa dos seus problemas de saúde?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
D6.8	Quanta dificuldade teve em fazer coisas por si próprio por relaxamento ou prazer?	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Extrema ou incapaz de fazer			
						Pontuação de Incapacidade Global (Total):		— 180	— 5

Formulação Cultural

Perceber o contexto cultural da experiência de doença é essencial para uma eficaz avaliação diagnóstica e gestão clínica.

Cultura refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, regras e práticas que são aprendidos e transmitidos através das gerações. A cultura inclui a linguagem, a religião e espiritualidade, as estruturas familiares, as fases do ciclo de vida, os rituais cerimoniais e trajes, bem como os sistemas moral e legal. As culturas são sistemas abertos e dinâmicos que passam por uma mudança contínua ao longo do tempo; no mundo contemporâneo, a maioria dos indivíduos e grupos é exposta a múltiplas culturas, que usam para moldar a sua própria identidade e atribuir sentido à experiência. Estas características da cultura tornam essencial que não se sobregeneralize informação cultural ou estereotipe grupos em função de traços culturais fixos.

Raça é uma categoria de identidade culturalmente construída que divide a humanidade em grupos baseados numa série de traços físicos superficiais atribuídos a hipotéticas características biológicas intrínsecas. Categorias e constructos raciais variaram amplamente ao longo da história e através das sociedades. O constructo de raça não tem uma definição biológica consistente, mas é socialmente importante, porque suporta ideologias raciais, racismo, discriminação e exclusão social, o que pode ter graves efeitos negativos na saúde mental. Existe evidência de que o racismo pode exacerbar várias perturbações psiquiátricas, contribuindo para maus resultados, e de que vieses raciais podem afetar a avaliação diagnóstica.

Etnia é uma categoria de identidade de grupo culturalmente construída usada para definir pessoas e comunidades. Pode ter origem na história, geografia, língua, religião comum ou noutras características partilhadas por um grupo que o distinga dos outros. A etnia pode ser autoatribuída ou atribuída por pessoas fora do grupo. Um aumento da mobilidade, casamento e mistura entre grupos levou à definição de novas identidades étnicas mistas, múltiplas ou híbridas.

Cultura, raça e etnia estão relacionadas com desigualdades económicas, racismo e discriminação dos quais resultam disparidades de saúde. As identidades culturais, étnicas e raciais podem ser fonte de solidez e apoio de grupo que aumentam a resiliência, mas também podem levar a conflitos psicológicos, interpessoais e intergeracionais, ou a dificuldades de adaptação que requerem avaliação diagnóstica.

Guia para Formulação Cultural

O Guia para Formulação Cultural introduzido no DSM-IV forneceu um enquadramento para a avaliação de informação sobre os aspetos culturais do problema de saúde mental de um indivíduo e da sua relação com o contexto social e cultural e história. O DSM-5 não só

inclui uma versão atualizada do Guia, como apresenta uma abordagem à avaliação, usando a Entrevista de Formulação Cultural (CFI – Cultural Formulation Interview), que foi testada relativamente à sua utilidade diagnóstica entre clínicos e à sua aceitabilidade entre os doentes.

O Guia para Formulação Cultural revisto apela a uma avaliação sistemática das seguintes categorias:

- **Identidade cultural do indivíduo.** Descreve os grupos de referência racial, étnica ou cultural de um indivíduo que podem influenciar as suas relações com os outros, o seu acesso a recursos e os desafios, conflitos ou contrariedades atuais ou do desenvolvimento. Para imigrantes ou minorias raciais ou étnicas, o grau e tipos de envolvimento com a cultura de origem e com a cultura de acolhimento ou maioritária devem ser tidos em conta separadamente. As capacidades, preferências ou padrões de uso da língua são relevantes para identificar dificuldades no acesso a cuidados de saúde, integração social e necessidade de intérprete. Outros aspetos clinicamente relevantes da identidade podem incluir afiliação religiosa, contexto socioeconómico, locais de nascimento e crescimento pessoal e dos familiares, *status* migratório e orientação sexual.
- **Conceptualizações culturais de mal-estar.** Descreve os constructos culturais que influenciam a forma como o indivíduo experiencia, compreende e comunica os seus sintomas ou problemas aos outros. Estes constructos podem incluir síndromes culturais, expressões idiomáticas para mal-estar e modelos explicativos ou causas percebidas. O nível de gravidade e significado da experiência geradora de mal-estar deve ser avaliado em relação com as normas dos grupos de referência cultural do indivíduo. A avaliação dos padrões de *coping* e de procura de ajuda deve considerar a utilização de profissionais, mas também de fontes de cuidados tradicionais, alternativas ou complementares.
- **Fatores de stress psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência.** Identifica fatores de stress-chave e apoios-chave no ambiente social do indivíduo (que podem incluir acontecimentos locais ou à distância) e o papel da religião, família e outras redes sociais (por exemplo, amigos, vizinhos, colegas de trabalho) no fornecimento de apoio emocional, instrumental e de informação. Os fatores de stress sociais e apoios sociais variam com a interpretação cultural de acontecimentos, da estrutura familiar, de tarefas de desenvolvimento e do contexto social. Os níveis de funcionamento, incapacidade e resiliência devem ser avaliados à luz dos grupos de referência cultural do indivíduo.
- **Características culturais da relação entre o indivíduo e o clínico.** Identifica diferenças na cultura, língua e *status* social entre o indivíduo e o clínico que possam causar dificuldades de comunicação e influenciar o diagnóstico e o tratamento. Experiências de racismo e discriminação na sociedade mais alargada podem impedir o estabelecimento de confiança e segurança no encontro clínico. Os efeitos podem incluir problemas na obtenção de sintomas, compreensão errónea do significado cultural e clínico de sintomas e comportamentos, e dificuldade no estabelecimento ou manutenção da harmonia necessária para uma aliança clínica eficaz.
- **Avaliação cultural global.** Resume as implicações dos componentes de formulação cultural identificadas em secções prévias do Guia para o diagnóstico e outros aspetos clínicos relevantes, bem como a gestão e tratamento adequados.

Entrevista de Formulação Cultural (CFI)

A Entrevista de Formulação Cultural (CFI) consiste num conjunto de 16 questões que os clínicos podem usar para obter informação durante uma avaliação de saúde mental sobre o impacte da cultura em aspetos-chave da apresentação clínica e cuidados de um indivíduo. Na CFI, cultura refere-se a:

- valores, orientações, conhecimento e práticas individuais derivadas da pertença a diversos grupos sociais (por exemplo, grupos étnicos, comunidades religiosas, grupos ocupacionais, grupos de veteranos);
- aspetos do contexto, experiências do desenvolvimento e contextos sociais atuais do indivíduo que podem afetar a sua perspetiva, como por exemplo origem geográfica, migração, idioma, religião, orientação sexual ou raça/etnia;
- influência da família; amigos e outros membros da comunidade (a *rede social* do indivíduo) na experiência individual de doença.

A CFI é uma entrevista breve semiestruturada para avaliar de forma sistematizada fatores culturais do encontro clínico, que pode ser usada com qualquer indivíduo. A CFI foca-se na experiência do indivíduo e nos contextos sociais do problema clínico. A CFI segue uma abordagem centrada na pessoa para a avaliação cultural, obtendo informação do indivíduo sobre as suas perspetivas próprias e sobre as perspetivas dos outros que fazem parte da sua rede social. Esta abordagem é desenhada para evitar estereotipagens, em que o conhecimento cultural de cada indivíduo afeta a forma como este interpreta a experiência da doença e orienta a forma como procura ajuda. Uma vez que a CFI se refere às perspetivas de cada indivíduo, não há respostas certas ou erradas para as suas perguntas. A entrevista encontra-se no texto abaixo e está disponível *online* em www.psychiatry.org/dsm5.

A CFI está formatada em duas colunas de texto. A coluna da esquerda contém instruções para a administração da CFI e descreve os objetivos de cada domínio da entrevista. As questões na coluna da direita ilustram a forma como se devem explorar estes domínios, mas não pretendem ser exaustivas. Podem ser necessárias perguntas de seguimento para clarificar as respostas do indivíduo. As questões podem ser reformuladas quando necessário. A CFI pretende ser um guia para a avaliação cultural e deve ser usada de forma flexível para manter o fluxo natural da entrevista e a harmonia com o indivíduo.

A CFI é mais bem utilizada em conjugação com informação demográfica obtida previamente à entrevista de forma a adequar as perguntas da CFI à avaliação do contexto anterior e à situação atual do indivíduo. Os domínios demográficos específicos a ser explorados com a CFI irão variar entre indivíduos e contextos. Uma avaliação abrangente pode incluir o local de nascimento, a idade, o género, a origem racial/étnica, o estado civil, a composição familiar, a educação, as línguas fluentes, a orientação sexual, a afiliação religiosa ou espiritual, a ocupação, o emprego, os rendimentos e a história migratória.

A CFI pode ser usada na avaliação inicial dos indivíduos em todos os contextos clínicos, independentemente do contexto cultural do indivíduo ou do clínico. Indivíduos e clínicos que parecem partilhar o contexto cultural podem, ainda assim, diferir em aspetos que são relevantes para a prestação de cuidados. A CFI pode ser usada na sua totalidade ou os seus componentes podem ser incorporados na avaliação clínica de acordo com as necessidades. A CFI pode ser especialmente útil quanto existe:

- dificuldade na avaliação diagnóstica devida a diferenças significativas nos contextos culturais, religiosos ou socioeconómicos do clínico e do indivíduo;
- incerteza quanto ao ajuste entre os sintomas culturalmente significativos e os critérios de diagnóstico;
- dificuldade em julgar a gravidade da doença ou da incapacidade;
- desacordo entre o clínico e o indivíduo quanto ao curso dos cuidados;
- limitação no compromisso e adesão ao tratamento por parte do indivíduo.

A CFI enfatiza 4 domínios de avaliação: Definição cultural do problema (questões 1-3); Perceções culturais da causa, contexto e apoio (questões 4-10); Fatores culturais que áfetam o *coping* pelo próprio e a procura de ajuda no passado (questões 11-13); e Fatores culturais que afetam a procura de ajuda atual (questões 14-16). Tanto o processo centrado na pessoa de condução da CFI como a informação que é obtida têm como objetivo melhorar a validade cultural da avaliação diagnóstica, facilitar o plano de tratamento e promover o compromisso e a satisfação do indivíduo. Para atingir estes objetivos, a informação obtida através da CFI deve ser integrada com todo o restante material clínico disponível para uma avaliação clínica e contextual abrangente. Uma versão da CFI para informadores pode ser usada para recolher informação colateral nos domínios da CFI a partir de membros da família ou de cuidadores.

Foram desenvolvidos módulos suplementares que expandem cada domínio da CFI e orientam os clínicos que desejem explorar esses domínios em maior profundidade. Também foram desenvolvidos módulos suplementares para populações específicas como crianças e adolescentes, indivíduos mais velhos e imigrantes e refugiados. Estes módulos suplementares são mencionados na CFI nos subtítulos pertinentes e estão disponíveis *online* em www.psychiatry.org/dsm5.

Entrevista de Formulação Cultural (CFI)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da CFI são referidos entre parênteses.

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
As perguntas seguintes pretendem clarificar aspetos-chave do problema clínico em questão do ponto de vista do indivíduo e dos outros membros da rede social do indivíduo (isto é, família, amigos ou outros envolvidos no problema atual). Isto inclui o significado do problema, fontes de ajuda potenciais e expetativas em relação aos serviços.	*INTRODUÇÃO PARA O INDIVÍDUO:* Gostaria de compreender os problemas que o trazem aqui para que o possa ajudar mais eficientemente. Quero conhecer a **sua** experiência e as **suas** ideias. Vou fazer algumas perguntas sobre o que se está a passar e sobre como está a lidar com isso. Por favor lembre-se que não existem respostas certas ou erradas.
DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA	
DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA	
(Modelo Explicativo, Nível de Funcionamento)	
Obtenha a visão que o indivíduo tem dos problemas centrais e preocupações-chave. *Foque-se na forma própria de como o indivíduo entende o problema.* *Use o termo, expressão ou descrição breve obtida na pergunta 1 para identificar o problema nas questões subsequentes (por exemplo, «o seu conflito com o seu filho...»).*	1. O que o traz cá hoje? *SE O INDIVÍDUO DER POUCOS PORMENORES OU MENCIONAR APENAS SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, APROFUNDE:* As pessoas com frequência percebem os seus problemas de uma maneira própria, que pode ser semelhante ou diferente de como os clínicos descrevem o problema. Como descreveria o *seu* problema?

Entrevista de Formulação Cultural (CFI)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da CFI são referidos entre parênteses.

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
Pergunte como enquadra o indivíduo o problema para os membros da sua rede social.	2. Por vezes as pessoas têm diferentes formas de descrever os seus problemas à sua família, amigos ou às outras pessoas da comunidade. Como descreveria o seu problema a essas pessoas?
Foque-se nos aspetos do problema que sejam mais importantes para o indivíduo.	3. O que é que o incomoda mais no seu problema?

PERCEÇÕES CULTURAIS DA CAUSA, CONTEXTO E APOIO

Causas

(Modelo Explicativo, Rede Social, Adultos mais Velhos)

Esta pergunta indica o significado da condição para o indivíduo, o que pode ser relevante para os cuidados clínicos.	4. Por que acha que isto lhe está a acontecer? Quais pensa serem as causas do seu [PROBLEMA]? *ACRESCENTE SE NECESSÁRIO:* Algumas pessoas podem explicar o seu problema como o resultado de coisas más que aconteceram na sua vida, problemas com os outros, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.
Tenha em consideração que os indivíduos podem identificar causas múltiplas, dependendo da faceta do problema que estiverem a considerar.	
Foque-se nas perspetivas dos membros da rede social do indivíduo. Estas podem ser diversas e diferentes das do indivíduo.	5. O que pensam os seus familiares, amigos ou os outros da sua comunidade, que está a causar o seu [PROBLEMA]?

Fatores de Stress e Apoios

(Rede Social, Prestadores de Cuidados, Fatores de Stress Psicossociais, Religião e Espiritualidade, Imigrantes e Refugiados, Identidade Cultural, Adultos mais Velhos, *Coping* e Procura de Ajuda).

Obtenha informação sobre o contexto de vida do indivíduo, focando-se nos recursos, apoios sociais e resiliência. Pode também inquirir sobre outros apoios (por exemplo, de colegas de trabalho, da participação na religião ou espiritualidade).	6. Há algum tipo de apoio que torne o seu [PROBLEMA] melhor, como o apoio da família, amigos ou outros?
Foque-se em aspetos geradores de stress do ambiente do indivíduo. Pode também sondar, por exemplo, problemas relacionais, dificuldades no trabalho ou na escola ou descriminação.	7. Há algum tipo de stress que torne o seu [PROBLEMA] pior, como dificuldades económicas ou problemas familiares?

Papel da Identidade Cultural

(Identidade Cultural, Fatores de Stress Psicossociais, Religião e Espiritualidade, Imigrantes e Refugiados, Adultos mais Velhos, Crianças e Adolescentes)

Por vezes, aspetos do contexto ou identidade pessoais podem tornar o seu [PROBLEMA] melhor ou pior. **Por contexto ou identidade** refiro-me, por exemplo, a comunidades a que pertença, a línguas que fale, de onde é ou é a sua família, o seu contexto racial ou étnico, o seu género ou orientação sexual, ou a sua fé ou religião.

Entrevista de Formulação Cultural (CFI)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da CFI são referidos entre parênteses.

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
Peça ao indivíduo que reflita nos elementos mais salientes da sua identidade cultural. Use esta informação para adequar as questões 9-10 como necessário.	8. Para si, quais os aspetos mais importantes do seu contexto ou identidade?
Aprofunde aspetos da identidade que tornem o problema melhor ou pior. *Aprofunde se necessário (por exemplo, agravamento clínico como resultado de discriminação devida a migração, raça/etnia ou orientação sexual).*	9. Há aspetos do seu contexto ou identidade que façam diferença para o seu [PROBLEMA]?
Aprofunde se necessário (por exemplo, problemas relacionados com migração; conflitos intergeracionais ou devidos a papéis de género).	10. Há aspetos do seu contexto ou identidade que estejam a causar-lhe preocupações ou dificuldades?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM O *SELF-COPING* E PROCURA DE AJUDA MÉDICA PASSADA

Self-Coping

(*Coping* e Procura de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Adultos mais Velhos, Prestadores de Cuidados, Fatores de Stress Psicossociais)

Clarifique o self-coping *para* o *problema.*	11. Por vezes as pessoas têm várias formas de lidar com os problemas como [PROBLEMA]. O que fez para lidar com o seu [PROBLEMA]?

Procura de Ajuda Passada

(*Coping* e Procura de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Adultos mais Velhos, Cuidadores, Fatores de Stress Psicossociais, Imigrantes e Refugiados, Rede Social, Relação Clínico-Doente)

Obtenha as várias fontes de ajuda (por exemplo, cuidados médicos, tratamento de saúde mental, grupos de apoio, aconselhamento baseado no trabalho, curas populares, aconselhamento religioso ou espiritual, outras formas de cura tradicional ou alternativa). *Aprofunde se necessário (por exemplo, «que outras fontes de ajuda usou?»)* *Clarifique a experiência e perspetiva do indivíduo sobre a ajuda prévia.*	12. Com frequência as pessoas procuram ajuda de muitas fontes diferentes, incluindo diferentes tipos de médicos, ajudantes ou curandeiros. No passado, que tipos de tratamento, ajuda, conselhos ou curas procurou para o seu [PROBLEMA]? *SE NÃO DESCREVER A UTILIDADE DA AJUDA PROCURADA, APROFUNDE:* Que tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? E inúteis?

Barreiras

(*Coping* e Procura de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Adultos mais Velhos, Fatores de Stress Psicossociais, Imigrantes e Refugiados, Rede Social, Relação Clínico-Paciente)

Clarifique o papel das barreiras sociais na procura de ajuda, acesso aos cuidados e problemas no envolvimento em tratamentos anteriores. *Aprofunde pormenores se necessário (por exemplo, «O que o impediu?»)*	13. Houve algo a impedi-lo de pedir a ajuda de que precisava? *APROFUNDE SE NECESSÁRIO:* Por exemplo, dinheiro, compromissos profissionais ou familiares, estigma ou discriminação, ou falta de serviços que percebam a sua língua ou contexto?

Entrevista de Formulação Cultural (CFI)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da CFI são referidos entre parênteses.

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A PROCURA DE AJUDA ATUAL	
PREFERÊNCIAS	
(Rede Social, Prestadores de Cuidados, Religião e Espiritualidade, Adultos mais Velhos, *Coping* e Procura de Ajuda)	
Clarifique as necessidades atuais percebidas e expectativas de ajuda do indivíduo, de forma geral. *Aprofunde se o indivíduo apenas listar uma fonte de ajuda (por exemplo, «que outros tipos de ajuda seriam úteis para si neste momento?»).*	Agora falemos um pouco mais sobre a ajuda de que precisa. 14. Que tipos de ajuda pensa que seriam mais úteis neste momento para o seu [PROBLEMA]?
Foque-se nas perspetivas da rede social no que se refere à procura de ajuda.	15. Há outros tipos de ajuda que a sua família, amigos ou outras pessoas tenham sugerido que fossem úteis para si neste momento?
RELAÇÃO CLÍNICO-DOENTE	
(Relação Clínico-Doente, Adultos mais Velhos)	
Obtenha possíveis preocupações sobre o clínico ou a relação clínico-doente, incluindo perceção de racismo, barreiras linguísticas ou diferenças culturais que possam debilitar a boa vontade, a comunicação ou a prestação de cuidados. *Aprofunde os pormenores se necessário (por exemplo, «de que maneira?»).* *Fale sobre possíveis barreiras aos cuidados ou preocupações sobre o clínico ou a relação clínico-doente levantadas anteriormente.*	Por vezes os médicos e os doentes entendem-se mal mutuamente porque vêm de diferentes contextos ou têm expectativas diferentes. 16. Preocupou-se com isto e há alguma coisa que possamos fazer para lhe proporcionar os cuidados de que precisa?

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) – Versão para o Informador

A CFI – Versão para Informador reúne informação colateral de um informador conhecedor dos problemas clínicos e circunstâncias de vida do indivíduo identificado. Esta versão pode ser usada para complementar a informação obtida através da CFI nuclear, ou pode ser usada em vez da CFI nuclear quando o indivíduo não é capaz de fornecer informação – como pode ocorrer, por exemplo, com crianças ou adolescentes, indivíduos com sintomas psicóticos ou pessoas com défice cognitivo.

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) – Versão para Informador

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
As perguntas seguintes pretendem clarificar aspetos-chave do problema clínico do ponto de vista do informador. Isto inclui o significado do problema, potenciais fontes de ajuda e expetativas em relação aos serviços.	*INTRODUÇÃO PARA O INFORMADOR:* Gostaria de compreender os problemas que trouxeram o seu familiar/amigo aqui para que o possa ajudar com mais eficiência. Quero conhecer a **sua** experiência e ideias. Vou fazer algumas perguntas sobre o que se está a passar e sobre como você e o seu familiar/amigo está a lidar com isso. Não existem respostas certas ou erradas.
	RELAÇÃO COM O DOENTE
Clarifique a relação do informador com o indivíduo e/ou a família do indivíduo.	1. Como descreveria a sua relação com o [INDIVÍDUO OU FAMÍLIA]? *APROFUNDE SE NÃO FOR CLARO:* Com que frequência vê o [INDIVÍDUO]?
	DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA
Obtenha a visão do informador sobre os problemas centrais e preocupações-chave.	2. O que traz cá hoje o seu familiar/amigo? *SE O INFORMADOR DER POUCOS PORMENORES OU MENCIONAR APENAS SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, APROFUNDE:* As pessoas com frequência percebem os seus problemas de uma maneira própria, que pode ser semelhante ou diferente de como os médicos descrevem o problema. Como *descreveria* o problema do [INDIVÍDUO]?
Foque-se na forma como o informador percebe o problema do indivíduo. *Use o termo, expressão ou descrição breve obtida na pergunta 1 para identificar o problema nas questões subsequentes (por exemplo, «o conflito dela com o filho»).*	
Pergunte como o informador enquadra o problema para os membros da sua rede social.	3. Por vezes as pessoas têm diferentes formas de descrever os seus problemas à sua família, amigos ou outras pessoas da comunidade. Como *descreveria* o problema do [INDIVÍDUO] a essas pessoas?
Foque-se nos aspetos do problema que sejam mais importantes para o informador.	4. O que o incomoda mais no problema do [INDIVÍDUO]?
	PERCEÇÕES CULTURAIS DA CAUSA, CONTEXTO E APOIO
	CAUSAS
Esta pergunta indica o significado que a condição tem para o informador, que pode ser relevante para os cuidados clínicos. *Tenha em consideração que os informadores podem identificar causas múltiplas, dependendo da faceta do problema que estiverem a considerar.*	5. Por que acha que isto está a acontecer ao [INDIVÍDUO]? Quais pensa serem as causas do [PROBLEMA] dele/dela? *ACRESCENTE SE NECESSÁRIO:* Algumas pessoas podem explicar o seu problema como sendo o resultado de coisas más que aconteceram na sua vida, problemas com os outros, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.
Foque-se nas visões dos membros da rede social do indivíduo. Estas podem ser diversas e diferentes da do informador.	6. O que pensam os outros familiares, amigos ou os outros na comunidade que está a causar o [PROBLEMA] ao [INDIVÍDUO]?

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) – Versão para Informador

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
	FATORES DE STRESS E APOIOS
Obtenha informação sobre o contexto de vida do indivíduo, focando-se nos recursos, apoios sociais e resiliência. Pode também inquirir sobre outros apoios (por exemplo, de colegas de trabalho, da participação na religião ou espiritualidade).	7. Há algum tipo de apoio que torne o [PROBLEMA] dele/dela melhor, como o apoio da família, amigos ou de outros?
Foque-se em aspetos geradores de stress do ambiente do indivíduo. Pode também sondar, por exemplo, problemas relacionais, dificuldades no trabalho ou na escola, ou discriminação.	8. Há algum tipo de stress que torne o [PROBLEMA] dele/dela pior, como dificuldades económicas ou problemas familiares?
	PAPEL DA IDENTIDADE CULTURAL
	Por vezes, aspetos do contexto ou identidade das pessoas podem tornar o [PROBLEMA] melhor ou pior. *Por contexto ou identidade*, refiro-me, por exemplo, a comunidades a que pertença, línguas que fale, de onde é ou é a sua família, o seu contexto racial ou étnico, o seu género ou orientação sexual, ou a sua fé ou religião.
Peça ao informador que reflita nos elementos mais salientes da identidade cultural do indivíduo. Use esta informação para adequar as questões 10-11 conforme necessário.	9. Para si, quais são os aspetos mais importantes do contexto ou identidade do [INDIVÍDUO]?
Obtenha aspetos da identidade que tornem o problema melhor ou pior. *Aprofunde se necessário (por exemplo, agravamento clínico como resultado de discriminação devida a migração, raça/etnia ou orientação sexual).*	10. Há aspetos do contexto ou identidade do [INDIVÍDUO] que façam diferença para o [PROBLEMA] dele/dela?
Aprofunde se necessário (por exemplo, problemas relacionados com migração; conflitos intergeracionais ou devidos a papéis de género).	11. Há aspetos do contexto ou identidade do [INDIVÍDUO] que estejam a causar-lhe preocupações ou dificuldades?
	FATORES CULTURAIS QUE AFETAM O *SELF-COPING* E A PROCURA DE AJUDA MÉDICA PASSADA
	SELF-COPING
Clarifique o self-coping *do indivíduo para o problema.*	12. Por vezes as pessoas têm várias formas de lidar com os problemas como [PROBLEMA]. O que fez o [INDIVÍDUO] para lidar com o [PROBLEMA]?
	PROCURA DE AJUDA PASSADA
Obtenha as várias fontes de ajuda (por exemplo, cuidados médicos, tratamento de saúde mental, grupos de apoio, aconselhamento baseado no trabalho, curas populares, aconselhamento religioso ou espiritual, outras formas de cura tradicional ou alternativa). *Aprofunde se necessário (por exemplo, «que outras fontes de ajuda usou ele/ela?»)* *Clarifique a experiência e visão do indivíduo sobre a ajuda prévia.*	13. Com frequência, as pessoas procuram ajuda de muitas fontes diferentes, incluindo diferentes tipos de médicos, ajudantes ou curandeiros. No passado, que tipos de tratamento, ajuda, conselhos ou curas o [INDIVÍDUO] procurou para o [PROBLEMA]? *SE NÃO DESCREVER A UTILIDADE DA AJUDA PROCURADA, APROFUNDE:* Que tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? E inúteis?

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) – Versão para Informador

GUIA PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***
	BARREIRAS
Clarifique o papel das barreiras sociais na procura de ajuda, acesso aos cuidados e problemas no envolvimento em tratamentos anteriores. *Aprofunde pormenores se necessário (por exemplo, «o que o impediu?»).*	14. Houve algo a impedir o [INDIVÍDUO] de pedir a ajuda de que precisava? *APROFUNDE SE NECESSÁRIO:* Por exemplo, dinheiro, compromissos profissionais ou familiares, estigma ou discriminação, ou falta de serviços que percebam a sua língua ou contexto?
	FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A PROCURA DE AJUDA ATUAL
	PREFERÊNCIAS
De forma geral, clarifique, a partir do ponto de vista do informador, as necessidades atuais percebidas pelo indivíduo e as suas expetativas de ajuda. *Aprofunde se o informador apenas listar uma fonte de ajuda (por exemplo, «que outros tipos de ajuda seriam úteis para o [INDIVÍDUO] neste momento?»).*	Agora falemos um pouco mais sobre a ajuda de que o [INDIVÍDUO] precisa. 15. Que tipos de ajuda pensa que seriam mais úteis neste momento para o [PROBLEMA] dele/dela?
Foque-se nas perspetivas da rede social no que se refere à procura de ajuda.	16. Há outros tipos de ajuda que a família ou amigos do [INDIVÍDUO] ou outras pessoas tenham sugerido que fossem úteis para ele/ela neste momento?
	RELAÇÃO CLÍNICO-DOENTE
Obtenha possíveis preocupações sobre o clínico ou sobre a relação clínico-doente, incluindo perceção de racismo, barreiras linguísticas ou diferenças culturais que possam debilitar a boa vontade, a comunicação ou a prestação de cuidados. *Aprofunde os pormenores se necessário (por exemplo, «de que maneira?»).* *Fale sobre possíveis barreiras aos cuidados ou preocupações sobre o clínico ou a relação clínico-doente levantadas anteriormente.*	Por vezes, os médicos e os doentes entendem-se mal mutuamente porque vêm de diferentes contextos ou têm expectativas diferentes. 17. Preocupou-se com isso e há alguma coisa que possamos fazer para proporcionar ao [INDIVÍDUO] os cuidados de que precisa?

Conceitos Culturais de Mal-Estar

Os *conceitos culturais de mal-estar* referem-se às formas como os grupos culturais experienciam, compreendem e comunicam o sofrimento, os problemas comportamentais ou os pensamentos e emoções incomodativos. Podem ser distinguidos três tipos principais de conceitos culturais. As síndromes *culturais* são conjuntos de sintomas e atribuições que tendem a coocorrer entre indivíduos de grupos culturais, comunidades ou contextos específicos e que são reconhecidos localmente como padrões coerentes da experiência. Os *idiomas culturais de mal-estar* são formas de experienciar mal-estar que podem não envolver sintomas ou síndromes específicos, mas que proporcionam formas coletivas e partilhadas de experienciar e falar sobre as preocupações pessoais ou sociais. Por exemplo, a conversa quotidiana sobre «nervos» ou «depressão» pode referir-se a formas muito variáveis de sofrimento sem enqua-

dramento num conjunto de sintomas, síndrome ou perturbação. As *explicações culturais* ou *causas percebidas* são designações, atribuições ou características de um modelo explicativo que indicam um significado ou uma etiologia para os sintomas, doença ou mal-estar.

Estes três conceitos – síndromes, idiomas e explicações – são mais relevantes para a prática clínica do que a anterior formulação *síndrome ligada à cultura*. Especificamente, o termo síndrome ligada *à cultura* ignora o facto de que diferenças culturais clinicamente importantes envolvem com frequência explicações ou experiências de mal-estar, em vez de configurações de sintomas culturalmente distintivos. Além disso, o termo *ligada à cultura* sobreenfatiza a particularidade local e a distribuição limitada dos conceitos culturais de mal-estar. A atual formulação considera que *todas* as formas de mal-estar são localmente moldadas, incluindo as perturbações do DSM. Dessa perspetiva, muitos diagnósticos do DSM podem ser compreendidos como protótipos operacionalizados que começam por ser síndromes culturais e se tornam amplamente aceites, como resultado da sua utilidade para a clínica e a investigação. Através dos grupos permanecem diferenças padronizadas culturalmente nos sintomas, formas de falar sobre o mal-estar e causas percebidas localmente, o que é por sua vez associado a estratégias de *coping* e a padrões de procura de ajuda.

Os conceitos culturais surgem da cultura popular local ou de sistemas profissionais de diagnóstico de mal-estar mental e emocional e podem também refletir a influência dos conceitos biomédicos. Os conceitos culturais têm quatro aspetos-chave relativos à nosologia do DSM-5.

- Raramente existe uma correspondência um-para-um entre um qualquer conceito cultural e uma entidade diagnóstica do DSM; o mais provável é que a correspondência seja de um-para-vários, bidirecionalmente. Sintomas ou comportamentos que podem ser organizados pelo DSM-5 em diversas perturbações podem ser incluídos num único conceito popular. Também, diversas apresentações que podem ser classificadas pelo DSM-5 como variações de uma única perturbação podem ser classificadas em vários conceitos distintos por um sistema de diagnóstico indígeno.
- Os conceitos culturais podem aplicar-se a um amplo intervalo de gravidade, incluindo apresentações que não cumprem critérios do DSM para nenhuma perturbação mental. Por exemplo, um indivíduo com um luto agudo ou uma contrariedade social pode usar o mesmo idioma de mal-estar ou apresentar a mesma síndrome cultural do que outro indivíduo com psicopatologia mais grave.
- No uso comum, o mesmo termo cultural indica com frequência mais do que um tipo de conceito cultural. Um exemplo comum é o conceito de «depressão», que pode ser usado para descrever uma síndrome (por exemplo, perturbação depressiva major), um idioma de mal-estar (por exemplo, como na expressão comum «sinto-me deprimido») ou uma causa percebida (semelhante a stress).
- Tal como a cultura e o próprio DSM, os conceitos culturais podem mudar ao longo do tempo em resposta a influências locais e globais.

Os conceitos culturais são importantes para os diagnósticos psiquiátricos por várias razões:

- **Para evitar o diagnóstico errado.** A variação cultural dos sintomas e dos modelos explicativos associados a estes conceitos culturais podem levar os clínicos a interpretar erradamente a gravidade do problema ou a atribuir um diagnóstico errado (por exemplo, explicações espirituais pouco familiares podem ser entendidas erradamente como psicose).

- **Para obter informação clínica útil.** As variações culturais dos sintomas e atribuições podem estar associadas a características particulares de risco, resiliência e prognóstico.
- **Para melhorar o entendimento clínico e o envolvimento.** «Falar a língua do doente», não só linguisticamente como em termos dos seus conceitos e metáforas dominantes, pode resultar numa melhor comunicação e satisfação, facilitar a negociação do tratamento e levar a uma maior retenção e adesão.
- **Para melhorar a eficácia terapêutica.** A cultura influencia os mecanismos psicológicos da perturbação, que devem ser compreendidos e tidos em conta para melhorar a eficácia clínica. Por exemplo, cognições catastróficas específicas da cultura podem contribuir para a escalada de sintomas até aos ataques de pânico.
- **Para guiar a investigação clínica.** Ligações percebidas localmente entre conceitos culturais podem ajudar a identificar padrões de comorbilidade e substratos biológicos subjacentes.
- **Para clarificar a epidemiologia cultural.** Os conceitos culturais de mal-estar não são aprovados uniformemente por todos os membros de uma dada cultura. Distinguir síndromes, idiomas e explicações proporciona uma abordagem ao estudo da distribuição das características culturais da doença através dos contextos e regiões, e ao longo do tempo. Também sugere questões sobre os determinantes culturais de risco, curso e prognóstico nos contextos clínico e comunitário, para melhorar a base de evidência para a investigação cultural.

O DSM-5 inclui informação sobre conceitos culturais de forma a melhorar a exatidão do diagnóstico e a abrangência da avaliação clínica. A avaliação clínica de indivíduos que apresentam estes conceitos culturais deve determinar se eles cumprem critérios para uma perturbação específica do DMS-5 ou para um diagnóstico *com outra especificação* ou *não especificada*. Uma vez diagnosticada a perturbação, os termos e explicações culturais devem ser incluídos nas formulações do caso. Estas podem ajudar a clarificar sintomas e atribuições etiológicas que de outra forma poderiam ser confusas. Indivíduos cujos sintomas não cumpram critérios do DSM para uma perturbação mental específica podem, ainda assim, esperar e precisar de um tratamento; isso deve ser avaliado caso a caso. Adicionalmente à CFI e seus módulos suplementares, o DSM-5 contém a seguinte informação e ferramentas que podem ser úteis na integração da informação cultural na prática clínica:

- **Dados nos critérios do DSM-5 e textos de perturbações específicas.** Os textos incluem informação sobre variações culturais na prevalência, sintomatologia, conceitos culturais associados e outros aspetos clínicos. É importante enfatizar que não existe uma correspondência de u m-para-um a nível categorial entre as perturbações do DSM e os conceitos culturais. O diagnóstico diferencial dos indivíduos deve portanto incorporar informação sobre variação cultural com a informação obtida pela CFI.
- **Outras condições que podem ser alvo de atenção clínica.** Algumas das condições clínicas identificadas pela CFI podem corresponder a códigos V e **Z** – por exemplo, problemas de aculturação, problemas na relação pais-filhos ou problemas religiosos ou espirituais.
- **Glossário de conceitos culturais de mal-estar.** Localizado no Anexo, este glossário fornece exemplos de conceitos culturais de mal-estar bem estudados que ilustram a relevância da informação cultural para o diagnóstico clínico e algumas das inter-relações entre síndromes culturais, idiomas de mal-estar e explicações causais.

Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade

A atual abordagem às perturbações da personalidade aparece na Secção II do DSM-5 e um modelo alternativo desenvolvido para o DSM-5 é apresentado aqui na Secção III. A inclusão de ambos os modelos no DSM-5 reflete a decisão do Conselho de Administração da APA de preservar a continuidade da prática clínica atual, ao mesmo tempo que introduz uma nova abordagem que procura responder às numerosas insuficiências da atual abordagem às perturbações da personalidade. Por exemplo, o doente que tipicamente cumpre critérios para uma perturbação da personalidade específica com frequência também cumpre critérios para outras perturbações da personalidade. De forma semelhante, perturbação da personalidade com outra especificação ou não especificada é com frequência o diagnóstico correto (mas maioritariamente pouco informativo), no sentido em que os doentes tendem a não se apresentar com padrões de sintomas que correspondam a uma e apenas a uma perturbação da personalidade.

No modelo alternativo do DSM-5 que se segue, as perturbações da personalidade são caracterizadas por défices no *funcionamento* da personalidade e por *traços* de personalidade patológicos. As perturbações da personalidade específicas que podem ser derivadas deste modelo incluem as perturbações antissocial, evitante, estado-limite (*borderline*), narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Esta abordagem também inclui um diagnóstico de perturbação da personalidade com traço especificado (PP-TE) que pode ser feito quando se considera existir uma perturbação da personalidade, embora não sejam cumpridos os critérios para uma perturbação específica.

Critérios Gerais para Perturbação da Personalidade

Critérios Gerais para Perturbação da Personalidade

As características essenciais de uma perturbação da personalidade são:

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade (próprio/interpessoal).

B. Um ou mais traços de personalidade patológicos.

C. Os défices no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e invasivos de uma ampla variedade de situações pessoais ou sociais.

D. Os défices no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, com início que remonta pelo menos à adolescência ou ao início da idade adulta.

E. Os défices no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outra perturbação mental.

F. Os défices no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não podem ser somente atribuídos aos efeitos fisiológicos do uso de uma substância ou a outra condição médica (por exemplo, traumatismo craniano grave).

G. Os défices no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem compreendidos como normais para o estádio de desenvolvimento ou ambiente sociocultural do indivíduo.

Um diagnóstico de perturbação da personalidade requer duas determinações: 1) uma avaliação do nível de défice no funcionamento da personalidade, que é necessária para o Critério A, e 2) uma avaliação dos traços de personalidade patológicos que é requerida para o Critério B. Os défices no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade são relativamente inflexíveis e invasivos de uma ampla variedade de situações pessoais ou sociais (Critério C); relativamente estáveis ao longo do tempo, com início que remonta pelo menos à adolescência ou ao início da idade adulta (Critério D); não são mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério E); não podem ser atribuídos aos efeitos do uso de substâncias ou a outra condição médica (Critério F); e não são mais bem compreendidos como normais para o estádio de desenvolvimento ou ambiente sociocultural do indivíduo (Critério G). Todas as perturbações da personalidade da Secção III descritas por conjuntos de critérios, bem como a PP-TE, cumprem, por definição, estes critérios gerais.

Critério A. Nível de Funcionamento da Personalidade

As alterações no funcionamento **próprio** e **interpessoal** constituem o núcleo da psicopatologia da personalidade e neste modelo diagnóstico alternativo são avaliados num contínuo. O funcionamento próprio envolve identidade e autodireção; o funcionamento interpessoal envolve empatia e intimidade (ver Tabela 1). A Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS – *Level of Personality Functioning Scale*; ver Tabela 2, pp. 924-927) usa cada um destes elementos para diferenciar 5 níveis de défices, desde pouco ou nenhum défice (isto é, saudável, funcionamento adaptativo; Nível 0) até algum défice (Nível 1), défice moderado (Nível 2), grave (Nível 3) e extremo (Nível 4).

TABELA 1. Elementos do funcionamento da personalidade.

Próprio:

1. ***Identidade.*** Experiência de si como único, com limites claros entre si e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoapreciação; capacidade e habilidade para regular uma gama de experiências emocionais.
2. ***Autodireção.*** Procura de objetivos de vida a curto prazo coerentes e significativos; utilização de padrões de comportamento internos construtivos e pró-sociais; capacidade para autorrefletir produtivamente.

Interpessoal:

1. ***Empatia.*** Compreensão e apreciação das experiências e motivações dos outros; tolerância com perspetivas diferentes; compreensão dos efeitos do próprio comportamento nos outros.
2. ***Intimidade.*** Profundidade e duração da ligação com outros; desejo e capacidade de proximidade; mutualidade da relação refletida no comportamento interpessoal.

O défice no funcionamento da personalidade prediz a presença de uma perturbação da personalidade e a gravidade do défice prediz se o indivíduo tem mais do que uma perturbação da personalidade ou uma das perturbações da personalidade tipicamente mais graves. Para o diagnóstico de perturbação da personalidade, é necessário um nível moderado de défice de funcionamento da personalidade. Este limiar baseia-se na evidência empírica de que um nível moderado de défice maximiza a capacidade dos clínicos para identificar eficientemente a patologia da perturbação da personalidade.

Critério B. Traços de Personalidade Patológicos

Os traços de personalidade patológicos estão organizados em 5 grandes domínios: Afetividade Negativa, Desprendimento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Dentro dos 5 grandes domínios de traços existem 25 facetas de traços específicas que foram inicialmente desenvolvidas a partir de uma revisão de modelos de traços existentes e subsequentemente através de investigação iterativa com amostras de pessoas que procuraram serviços de saúde mental. A taxonomia de traços completa é apresentada na Tabela 3 (ver pp. 928-930). O Critério B para as perturbações da personalidade específicas compreende subgrupos das 25 facetas de traços baseados em revisões por meta-análise e dados empíricos sobre a relação entre traços de personalidade e diagnósticos de perturbação da personalidade do DSM-IV.

Critérios C e D. Invasibilidade e Estabilidade

O défice de funcionamento da personalidade e os traços de personalidade patológicos são *relativamente* invasivos numa variedade de contextos pessoais e sociais, uma vez que a personalidade é definida como um padrão de perceção, relação e pensamento sobre o ambiente e sobre si próprio. O termo *relativamente* reflete o facto de todas as personalidade, à exceção das mais extremamente patológicas, demonstrarem um certo grau de adaptabilidade. O padrão nas perturbações da personalidade é desadaptativo e relativamente inflexível, o que leva a incapacidades sociais, ocupacionais e a outras procuras importantes, uma vez que os indivíduos são incapazes de modificar o seu pensamento ou comportamento, mesmo quando confrontados com o facto de que a sua abordagem não está a funcionar. O défice de funcionamento e os traços de personalidade são também *relativamente* estáveis. Os traços de personalidade – disposição para se comportar ou se sentir de determinadas formas – são mais estáveis do que as expressões sintomáticas dessas disposições, mas os traços de personalidade também podem mudar. Os défices no funcionamento da personalidade são mais estáveis do que os sintomas.

Critérios E, F e G. Explicações Alternativas para a Patologia da Personalidade (Diagnóstico Diferencial)

Nalgumas ocasiões, o que parece ser uma perturbação da personalidade pode ser mais bem explicado por outra perturbação mental, pelos efeitos de uma substância ou por outra condição médica, por um estádio de desenvolvimento normal (por exemplo, adolescência, idade avançada) ou pelo ambiente sociocultural do indivíduo. Quando outra perturbação mental está presente, não se faz o diagnóstico de perturbação da personalidade se as manifestações da perturbação da personalidade são claramente expressão de outra perturbação mental (por exemplo, se as características da perturbação esquizotípica da personalidade estão apenas presentes em contexto de esquizofrenia). Por outro lado, as perturbações da personalidade podem ser diagnosticadas com precisão na presença de outra perturbação mental, como a

perturbação depressiva major, devendo os indivíduos com outra perturbação mental ser avaliados para comorbilidade com perturbações da personalidade, uma vez que as perturbações da personalidade têm com frequência impacte no curso de outras perturbações mentais. Assim, é sempre apropriado avaliar o funcionamento da personalidade e os traços de personalidade patológicos de modo a proporcionar um contexto à restante psicopatologia.

Perturbações da Personalidade Específicas

A Secção III inclui critérios de diagnóstico para perturbações da personalidade antissocial, evitante, estado-limite (*borderline*), narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Cada perturbação da personalidade é definida por défices específicos no funcionamento da personalidade (Critério A) e por traços de personalidade patológicos característicos (Critério B):

- Características típicas da **perturbação antissocial da personalidade** são um fracasso em ajustar-se ao comportamento legal e ético e uma ausência de preocupação egocêntrica e insensível em relação aos outros, acompanhados de falsidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou envolvimento em comportamentos de risco.
- Características típicas da **perturbação evitante da personalidade** são o evitamento de situações sociais e a inibição nas relações interpessoais relacionadas com sentimentos de inépcia e inadequação, preocupação ansiosa com a avaliação negativa e rejeição e medo do ridículo ou da vergonha.
- Características típicas da **perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade** são a instabilidade na autoimagem, nos objetivos pessoais, nas relações interpessoais e nos afetos, acompanhada de impulsividade, envolvimento em comportamentos de risco e/ou hostilidade.
- Características típicas da **perturbação narcísica da personalidade** são autoestima variável e vulnerável, com tentativas de regulação através da procura de atenção e aprovação, e grandiosidade ostensiva ou dissimulada.
- Características típicas da **perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade** são dificuldades no estabelecimento e manutenção de relações próximas, associadas a perfecionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita.
- Características típicas da **perturbação esquizotípica da personalidade** são défices na capacidade para relações sociais e próximas, excentricidades na cognição, perceção e comportamento, que são associados a autoimagem distorcida e a objetivos pessoais incoerentes e acompanhados de suspeição e expressão emocional restrita.

Os critérios A e B para as seis perturbações da personalidade específicas e para PP-TE encontram-se abaixo. Todas as perturbações da personalidade cumprem também os critérios C a G dos Critérios Gerais para Perturbação da Personalidade.

Perturbação Antissocial da Personalidade

As características típicas da perturbação antissocial da personalidade são um fracasso em ajustar-se ao comportamento legal e ético e ausência de preocupação egocêntrica e insensível em relação aos outros, acompanhados de falsidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou envolvimento em comportamentos de risco. As dificuldades características são aparentes na

identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, como descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios Antagonismo e Desinibição.

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
   1. ***Identidade***. Egocentrismo; autoestima derivada do ganho, poder ou prazer pessoais.
   2. ***Autodireção***. Estabelecimento de objetivos baseado na gratificação pessoal; ausência de padrões internos pró-sociais, associada com fracasso em ajustar-se ao comportamento legal ou ético culturalmente normativo.
   3. ***Empatia***. Ausência de preocupação por sentimentos, necessidades ou sofrimento dos outros; ausência de remorso depois de magoar ou maltratar outro.
   4. ***Intimidade***. Incapacidade para relações mutuamente íntimas, já que a exploração é o meio primário de se relacionar com os outros, incluindo através do engano ou da coação; uso de dominação ou intimidação para controlar os outros.

B. Seis ou mais dos seguintes 7 traços de personalidade patológicos:
   1. ***Manipulação*** (um aspeto de **Antagonismo**). Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso da sedução, encanto, loquacidade ou bajulação para atingir os seus fins.
   2. ***Insensibilidade*** (um aspeto de **Antagonismo**). Ausência de preocupação com os sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou de remorso sobre os efeitos negativos ou nocivos das suas ações nos outros; agressão; sadismo.
   3. ***Falsidade*** (um aspeto de **Antagonismo**). Desonestidade ou fraudulência; representação enganosa de si; embelezamento ou fabricação quando relata acontecimentos.
   4. ***Hostilidade*** (um aspeto de **Antagonismo**). Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenos deslizes ou insultos; comportamento maldoso, desagradável ou vingativo.
   5. ***Envolvimento em comportamentos de risco*** (um aspeto de **Desinibição**). Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas ou potencialmente danosas para o próprio, desnecessariamente e sem consideração para com as consequências; propensão para o tédio e iniciação irrefletida de atividades para contrariar o tédio; ausência de preocupação com as suas limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
   6. ***Impulsividade*** (um aspeto de **Desinibição**). Agir no impulso momentâneo em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem plano ou consideração de resultados; dificuldade em estabelecer ou seguir planos.
   7. ***Irresponsabilidade*** (um aspeto de **Desinibição**). Desrespeito por – e fracasso em honrar – obrigações ou compromissos financeiros ou de outro tipo; ausência de respeito por – e ausência de cumprimento – de acordos e promessas.

Nota. O indivíduo tem pelo menos 18 anos.

Especificar se:

Com características psicopáticas.

Especificadores. Uma variante distinta com frequência denominada *psicopatia* (ou psicopatia «primária») é marcada pela falta de ansiedade ou medo e por um estilo interpessoal arrojado que pode mascarar comportamentos desadaptativos (por exemplo, engano). Esta variante psicopática é caracterizada por baixos níveis de ansiedade (domínio da Afetividade

Negativa) e afastamento (domínio do Desprendimento) e níveis elevados de procura de atenção (domínio do Antagonismo). A elevada procura de atenção e baixo afastamento captam a componente de poder social (assertividade/dominação) da psicopatia, enquanto a baixa ansiedade capta a componente de imunidade ao stress (estabilidade emocional/resiliência).

Além das características psicopáticas, podem ser usados especificadores de traços e de funcionamento da personalidade para registar outras características da personalidade que podem estar presentes na perturbação antissocial da personalidade, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Afetividade Negativa (por exemplo, ansiedade) não são critérios de diagnóstico para perturbação antissocial da personalidade (ver Critério B), mas podem ser especificados quando for apropriado. Adicionalmente, apesar de o défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade ser necessário para o diagnóstico de perturbação antissocial da personalidade (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Perturbação Evitante da Personalidade

As características típicas da perturbação evitante da personalidade são o evitamento de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas com sentimentos de inépcia e inadequação, preocupação ansiosa com a avaliação negativa e a rejeição e o medo do ridículo ou da vergonha. As dificuldades características são evidentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, como descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e do Desprendimento.

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
   1. ***Identidade***. Autoestima baixa associada a apreciação do próprio como socialmente inepto, pessoalmente desinteressante ou inferior; sentimentos excessivos de vergonha.
   2. ***Autodireção***. Padrões irrealistas de comportamento associados a relutância em perseguir objetivos, assumir riscos pessoais ou iniciar novas atividades envolvendo contacto interpessoal.
   3. ***Empatia***. Preocupação e sensibilidade ao criticismo ou rejeição associadas à inferência distorcida da perspetiva dos outros como negativa.
   4. ***Intimidade***. Relutância em envolver-se com pessoas a não ser que tenha a certeza de ser apreciado; mutualidade diminuída nas relações íntimas pelo seu medo de ser envergonhado ou ridicularizado.

B. Três ou mais dos seguintes 4 traços de personalidade patológicos, incluindo obrigatoriamente (1) Ansiedade:
   1. ***Ansiedade*** (um aspeto de **Afetividade Negativa**). Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, com frequência em reação a situações sociais; preocupação com os efeitos negativos das experiências desagradáveis passadas e com eventualidades negativas no futuro; sentir-se amedrontado, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de ser envergonhado.
   2. ***Afastamento*** (um aspeto de **Desprendimento**). Renitência em situações sociais; evitamento de contactos e de atividades sociais; ausência de iniciação de contacto social.
   3. ***Anedonia*** (um aspeto de **Desprendimento**). Ausência de satisfação, envolvimento ou energia para as experiências de vida; défices na capacidade de sentir prazer ou de tirar interesse das coisas.

4. ***Evitamento de intimidade*** (um aspeto de **Desprendimento**). Evitamento de relações próximas ou românticas, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas.

Especificadores. Existe uma heterogeneidade considerável na forma como são encontrados traços de personalidade adicionais nos indivíduos com diagnóstico de perturbação evitante da personalidade. Podem ser utilizados especificadores de traços e de nível de funcionamento da personalidade para registar características adicionais da personalidade que possam estar presentes na perturbação evitante da personalidade. Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (por exemplo, depressividade, insegurança de separação, submissão, suspeição, hostilidade) não são critérios de diagnóstico para perturbação evitante da personalidade (ver Critério B), mas podem ser especificados quando for apropriado. Adicionalmente, apesar de o défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade ser necessário para o diagnóstico de perturbação evitante da personalidade (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade

As características típicas da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade são instabilidade na autoimagem, nos objetivos pessoais, nas relações interpessoais e nos afetos acompanhada de impulsividade, envolvimento em comportamentos de risco e/ou hostilidade. As dificuldades características são evidentes na identidade, na autodireção, na empatia e na intimidade, como descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e também do Antagonismo e/ou Desprendimento.

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
   1. ***Identidade***. Autoimagem marcadamente empobrecida, pobremente desenvolvida ou instável, com frequência associada a autocriticismo; sentimentos crónicos de vazio; estados dissociativos sob stress.
   2. ***Autodireção***. Instabilidade nos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira.
   3. ***Empatia***. Capacidade comprometida para reconhecer os sentimentos e necessidades dos outros associada a hipersensibilidade interpessoal (isto é, propensão a sentir-se menosprezado ou insultado); a perceção dos outros está seletivamente enviesada para atributos negativos ou vulnerabilidades.
   4. ***Intimidade.*** Relações próximas intensas, instáveis e conflituosas, marcadas por desconfiança, dependência e preocupação ansiosa com abandono real ou imaginado; relações próximas com frequência vistas em extremos de idealização e desvalorização e alternância entre sobreenvolvimento e afastamento.

B. Quatro ou mais dos seguintes 7 traços de personalidade patológicos, incluindo obrigatoriamente (5) Impulsividade, (6) Envolvimento em atividades de risco ou (7) Hostilidade:
   1. ***Labilidade emocional*** (um aspeto de **Afetividade Negativa**). Experiências emocionais instáveis e mudanças de humor frequentes; emoções que são facilmente mobilizáveis, intensas e/ou desproporcionais em relação aos acontecimentos ou circunstâncias.
   2. ***Ansiedade*** (um aspeto de **Afetividade Negativa**). Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, com frequência em reação a stresses interpessoais; preocupação com os

efeitos negativos das experiências desagradáveis passadas e com eventualidades negativas futuras; sentir-se amedrontado, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de colapsar ou de perder o controlo.

3. ***Insegurança de separação*** (um aspeto de **Afetividade Negativa**). Medo de rejeição por – e/ou de separação de – outros significativos associado ao medo excessivo de dependência e de completa perda da autonomia.
4. ***Depressividade*** (um aspeto de **Afetividade Negativa**). Sentir-se com frequência em baixo, miserável e desesperançado; dificuldade em recuperar desses estados de humor; pessimismo em relação ao futuro; vergonha invasiva; sentimentos de diminuição do valor pessoal; ideias de suicídio ou comportamento suicidário.
5. ***Impulsividade*** (um aspeto de **Desinibição**). Agir no impulso momentâneo em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem plano ou sem considerar os resultados; dificuldade em estabelecer ou seguir planos; sentido de urgência ou comportamento autolesivo quando sob mal-estar emocional.
6. ***Envolvimento em comportamentos de risco*** (um aspeto de **Desinibição**). Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas ou potencialmente danosas para o próprio, desnecessariamente e sem considerar as consequências; ausência de preocupação com as suas limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
7. ***Hostilidade*** (um aspeto de **Antagonismo**). Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenos deslizes ou insultos.

Especificadores. Podem ser utilizados especificadores de traços e de nível de funcionamento da personalidade para registar características adicionais da personalidade que possam estar presentes na perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, mas que não sejam necessários para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Psicoticismo (por exemplo, desregulação cognitiva e percetual) não são critérios de diagnóstico para a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade (ver Critério B), mas pode ser especificado quando for apropriado. Adicionalmente, apesar de um défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade ser necessário para o diagnóstico de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Perturbação Narcísica da Personalidade

As características típicas da perturbação narcísica da personalidade são autoestima variável e vulnerável, com tentativas de regulação através da procura de atenção e de aprovação e grandiosidade evidente ou dissimulada. Dificuldades características são evidentes na identidade, na autodireção, na empatia e/ou na intimidade, como descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos no domínio do Antagonismo.

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
   1. ***Identidade***. Referência excessiva a outros para autodefinição e regulação da autoestima; autoapreciação exageradamente inflacionada ou deflacionada ou vacilando entre extremos; a regulação emocional espelha as flutuações da autoestima.

2. ***Autodireção***. Estabelecimento de objetivos baseados em ganhar a aprovação dos outros; padrões pessoais elevados de forma não razoável com o objetivo de se ver como excecional, ou muito baixos, baseados no sentimento de superioridade; com frequência inconsciente das próprias motivações.
3. ***Empatia***. Capacidade diminuída para reconhecer ou se identificar com os sentimentos e necessidades dos outros; excessivamente sintonizado com as reações dos outros, mas só se percebidas como relevantes para o próprio; sobre ou subestimação do efeito do próprio nos outros.
4. ***Intimidade***. Relações muito superficiais e que existem para servir a regulação da autoestima; reciprocidade constrangida por pouco interesse genuíno nas experiências dos outros e por predomínio da necessidade de ganho pessoal.

B. Ambos os seguintes traços de personalidade patológicos:
1. ***Grandiosidade*** (um aspeto de **Antagonismo**). Sentimentos de superioridade, quer ostensivos quer dissimulados; egocentrismo; manter firmemente a crença de que se é melhor do que os outros; condescendência em relação aos outros.
2. ***Procura de atenção*** (um aspeto de **Antagonismo**). Tentativas excessivas para atrair e ser o foco da atenção dos outros; procura de admiração.

Especificadores. Podem ser utilizados especificadores de traços e de nível de funcionamento da personalidade para registar características adicionais da personalidade que possam estar presentes na perturbação narcísica da personalidade, mas que não sejam necessários para o diagnóstico. Por exemplo, outros traços de Antagonismo (por exemplo, manipulação, falsidade, insensibilidade) não são critérios de diagnóstico para perturbação narcísica da personalidade (ver Critério B), mas podem ser especificados quando características de antagonistas mais invasivos (por exemplo, «narcisismo maligno») estão presentes. Outros traços de Afetividade Negativa (por exemplo, depressividade, ansiedade) podem ser especificados para registar apresentações mais «vulneráveis». Adicionalmente, apesar de um défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade ser necessário para o diagnóstico de perturbação narcísica da personalidade (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade

As características típicas da perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade são dificuldades no estabelecimento e manutenção de relações próximas, associadas a perfecionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita. Dificuldades características são aparentes na identidade, na autodireção, na empatia e/ou intimidade, como descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e/ou do Desprendimento.

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
1. ***Identidade***. Sentido de si derivado predominantemente do trabalho ou da produtividade; experiência e expressão constrangidas de emoções fortes.
2. ***Autodireção***. Dificuldade em completar tarefas e em cumprir objetivos associada a padrões internos de comportamento rígidos e irracionalmente elevados e inflexíveis; atitudes excessivamente conscienciosas e moralistas.

3. ***Empatia.*** Dificuldade em compreender e apreciar as ideias, sentimentos ou comportamentos dos outros.
4. ***Intimidade***. Relações vistas como secundárias ao trabalho e à produtividade; rigidez e teimosia afetam negativamente as relações com os outros.

B. Três ou mais dos seguintes 4 traços de personalidade patológicos, devendo um deles ser (1) Perfecionismo rígido:
1. ***Perfecionismo rígido*** (um aspeto de extrema **Conscienciosidade** [o pólo oposto de Desprendimento]). Insistência rígida em que tudo seja sem falhas, perfeito e sem erros ou defeitos, incluindo os desempenhos próprios e dos outros; sacrifício da pontualidade para garantir a correção de cada pormenor do dia-a-dia; acreditar que há apenas uma maneira correta de fazer as coisas; dificuldade em mudar de ideias e/ou de ponto de vista; preocupação com pormenores, organização e ordem.
2. ***Perseverança*** (um aspeto de **Afetividade Negativa**). Persistência em tarefas muito depois de o comportamento ter deixado de ser funcional ou eficaz; continuação do mesmo comportamento apesar de fracassos repetidos.
3. ***Evitamento da intimidade*** (um aspeto de **Desprendimento**). Evitamento de relações próximas ou românticas, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas.
4. ***Afetividade restrita*** (um aspeto de **Desprendimento**). Pouca reação a situações que despertam emoções; experiência e expressão emocionais constrangidas; indiferença e frieza.

Especificadores. Podem ser utilizados especificadores de traços e de nível de funcionamento da personalidade para registar características adicionais da personalidade que possam estar presentes na perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, mas que não sejam necessários para o diagnóstico. Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (por exemplo, ansiedade) não são critérios de diagnóstico para perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade (ver Critério B), mas podem ser especificados quando for apropriado. Adicionalmente, apesar de um défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade ser necessário para o diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Perturbação Esquizotípica da Personalidade

As características típicas da perturbação esquizotípica da personalidade são défices na capacidade para ter relações sociais e próximas, excentricidades na cognição, perceção e comportamento, que estão associados a uma autoimagem distorcida e a objetivos pessoais incoerentes, e acompanhados de suspeição e a expressão emocional restrita. Dificuldades características são evidentes na identidade, na autodireção, na empatia e/ou na intimidade, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios do Psicoticismo e do Desprendimento.

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
1. ***Identidade***. Limites confusos entre o próprio e os outros; autoconceito distorcido; expressão emocional frequentemente incongruente com o contexto ou experiência interna.
2. ***Autodireção***. Objetivos irrealistas ou incoerentes; ausência de um conjunto claro de padrões internos.

3. ***Empatia***. Dificuldade pronunciada em compreender o impacte do próprio comportamento nos outros; frequentes interpretações erradas das motivações e dos comportamentos dos outros.
4. ***Intimidade***. Défices marcados no desenvolvimento de relações próximas, associado desconfiança e ansiedade.

B. Quatro ou mais dos seguintes 6 traços de personalidade patológicos:
1. ***Desregulação cognitiva e percetual*** (um aspeto de **Psicoticismo**). Processos de pensamento estranhos ou incomuns; pensamento ou discurso vagos, circunstanciados, metafóricos, sobreelaborados ou estereotipados; sensações estranhas em várias modalidades sensoriais.
2. ***Crenças e experiências incomuns*** (um aspeto de **Psicoticismo**). Conteúdo do pensamento e perspetivas da realidade que são vistos pelos outros como bizarros ou idiossincráticos; experiências da realidade incomuns.
3. ***Excentricidade*** (um aspeto de **Psicoticismo**). Comportamento ou aparência estranhos, incomuns ou bizarros; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
4. ***Afetividade restrita*** (um aspeto de **Desprendimento**). Pouca reação a situações que despertam emoções; experiência e expressão emocional constrangidas; indiferença e frieza.
5. ***Afastamento*** (um aspeto de **Desprendimento**). Preferência por estar sozinho em vez de com os outros; renitência em situações sociais; evitamento de contactos e de atividades sociais; ausência de iniciativa de contacto social.
6. ***Desconfiança*** (um aspeto de **Desprendimento**). Expetativas de – e sensibilidade elevada para – sinais de má intenção ou dano interpessoal; dúvidas sobre a lealdade e fidelidade dos outros; sentimentos de perseguição.

Especificadores. Podem ser utilizados especificadores de traços e de nível de funcionamento da personalidade para registar características adicionais da personalidade que possam estar presentes na perturbação esquizotípica da personalidade, mas que não sejam necessários para o diagnóstico. Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (por exemplo, depressividade, ansiedade) não são critérios de diagnóstico para perturbação esquizotípica da personalidade (ver Critério B), mas podem ser especificados quando for apropriado. Adicionalmente, apesar de um défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade ser necessário para o diagnóstico de perturbação esquizotípica da personalidade (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Perturbações da Personalidade com Traço Especificado

Critérios de Diagnóstico Propostos

A. Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em 2 ou mais das 4 áreas seguintes:
1. ***Identidade***.
2. ***Autodireção***.
3. ***Empatia***.
4. ***Intimidade***.

B. Um ou mais domínios de traços de personalidade patológicos OU facetas de traço específicas dentro dos domínios, considerando TODOS os seguintes domínios:
1. ***Afetividade Negativa*** (*versus* Estabilidade Emocional). Experiências frequentes e intensas de níveis elevados de uma ampla gama de emoções negativas (por exemplo, ansiedade,

depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e das suas manifestações comportamentais (por exemplo, autoagressão) e interpessoais (por exemplo, dependência).

2. ***Desprendimento*** (*versus* Extroversão). Evitamento de experiência socioemocional, incluindo afastamento de interações interpessoais, desde as interações casuais, diárias, até amizade e relações íntimas, bem como experiência e expressão afetivas restringidas, particularmente capacidade hedónica limitada.
3. ***Antagonismo*** (*versus* Agradabilidade). Comportamentos que colocam o indivíduo em desacordo com outras pessoas, incluindo um sentido exagerado de autoimportância e uma expectativa concomitante de tratamento especial, bem como uma antipatia insensível para com os outros, abrangendo falta de consciência das necessidades e dos sentimentos dos outros e prontidão para usar os outros ao serviço da sua própria melhoria.
4. ***Desinibição*** (*versus* Conscienciosidade). Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo guiado pelos pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem ter em consideração a aprendizagem passada ou sem considerar as consequências futuras.
5. ***Psicoticismo*** (*versus* Lucidez). Exibição de uma ampla gama de comportamentos e cognições culturalmente incongruentes, estranhos, excêntricos ou incomuns, incluindo tanto o processo (por exemplo, perceção, dissociação) como o conteúdo (por exemplo, crenças).

Subtipos. Uma vez que as características de personalidade variam continuamente através das múltiplas dimensões de traços, um conjunto abrangente de expressões potenciais de PP-TE pode ser representado pelo modelo dimensional de variantes de traços de personalidade desadaptativos do DSM-5 (ver Tabela 3, pp. 928-930). Por isso, os subtipos são desnecessários para a PP-TE e, em vez disso, os elementos descritivos que constituem a personalidade são fornecidos e organizados num modelo de base empírica. Esta organização permite aos clínicos moldar as descrições da perturbação da personalidade de cada indivíduo, considerando a variação de todos os 5 amplos domínios de traços de personalidade e as características descritivas destes domínios como necessárias para caracterizar o indivíduo.

Especificadores. As características de personalidade específicas dos indivíduos são sempre registadas ao avaliar o Critério B, de forma a que a combinação de características da personalidade do indivíduo constitua diretamente os especificadores de cada caso. Por exemplo, dois indivíduos que sejam caracterizados por labilidade emocional, hostilidade e depressividade podem diferir de modo que o primeiro seja caracterizado adicionalmente por insensibilidade, enquanto o segundo não.

Algoritmos de Classificação de Perturbações da Personalidade

A exigência de 2 dos 4 Critérios A para cada uma das 6 perturbações da personalidade baseou-se na maximização da relação destes critérios com a perturbação da personalidade correspondente. Os limiares de diagnóstico para os Critérios B também foram determinados empiricamente para minimizar a mudança na prevalência das perturbações do DSM-IV e a sobreposição com outras perturbações da personalidade, e maximizar a sua relação com o défice funcional. Os conjuntos de critérios de diagnóstico resultantes representam perturbações da personalidade clinicamente úteis com elevada fidelidade, em termos de défices nucleares no funcionamento da personalidade com vários graus de gravidade e de constelações de traços patológicos da personalidade.

Diagnóstico de Perturbação da Personalidade

Indivíduos que tenham um padrão de défice no funcionamento da personalidade e traços desadaptativos que correspondam a 1 das 6 perturbações da personalidade definidas devem ser diagnosticados com essa perturbação da personalidade. Se além dos traços que são necessários para o diagnóstico, um indivíduo tiver também um ou mesmo vários traços proeminentes que possam ter relevância clínica (por exemplo, ver perturbação narcísica da personalidade), existe a opção de os referir como especificadores. Indivíduos cujo funcionamento da personalidade ou padrão de traços seja substancialmente diferente de qualquer uma das 6 perturbações da personalidade específicas deve ser diagnosticado com um PP-TE. O indivíduo pode não cumprir o número requerido de Critérios A ou B e portanto ter uma apresentação subliminar de perturbação da personalidade. O indivíduo pode ter uma mistura de características de vários tipos de perturbações da personalidade, ou algumas características que sejam menos características de um tipo e ser considerada, com maior exatidão, uma apresentação mista ou atípica. O nível específico de défice no funcionamento da personalidade e os traços patológicos da personalidade que caracterizam a personalidade de um indivíduo podem ser especificados para a PP-TE usando a Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (Tabela 2) e a taxonomia de traços patológicos (Tabela 3). Os atuais diagnósticos de perturbações da personalidade paranoide, esquizoide, histriónica e dependente são também representados pelo diagnóstico de PP-TE. Estas são definidas por défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade e podem ser especificadas pelas combinações relevantes de traços patológicos da personalidade.

Nível de Funcionamento da Personalidade

Como acontece com a maioria das tendências humanas, o funcionamento da personalidade é distribuído num contínuo. Centrais ao funcionamento e adaptação são as formas características dos indivíduos pensarem sobre si e de se compreenderem a si e às suas interações com os outros. Um indivíduo com um funcionamento ótimo tem um mundo psicológico complexo, completamente elaborado e bem integrado que inclui um autoconceito maioritariamente positivo, volitivo e adaptativo; uma vida emocional rica, extensa e apropriadamente regulada; e a capacidade de se comportar como um membro produtivo da sociedade com relações interpessoais recíprocas e satisfatórias. No extremo oposto do contínuo, um indivíduo com uma patologia grave da personalidade tem um mundo psicológico empobrecido, desorganizado e/ou conflituoso, que inclui um autoconceito fraco, pouco claro e desadaptativo; uma propensão a emoções negativas e desreguladas; uma capacidade deficiente para o funcionamento interpessoal adaptativo e comportamento social.

Funcionamento *Próprio* e *Interpessoal* – Definição Dimensional

Na avaliação da psicopatologia da personalidade, a gravidade generalizada pode ser o preditor único mais importante de uma possível disfunção concomitante. As perturbações da personalidade são idealmente caracterizadas por um contínuo de gravidade generalizada da personalidade com especificação adicional de elementos estilísticos que derivam da constelação de sintomas da perturbação da personalidade e dos traços da personalidade. Ao mesmo tempo, o núcleo da psicopatologia da personalidade é o défice de ideias e de sentimentos relativos ao próprio e às relações interpessoais. Esta noção é consistente com múltiplas

teorias das perturbações da personalidade e com as suas bases de investigação. Os componentes da Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade – identidade, autodireção, empatia e intimidade (ver Tabela 1) – são particularmente centrais na descrição do contínuo de funcionamento da personalidade.

As representações mentais do próprio e das relações interpessoais influenciam-se reciprocamente e estão inextricavelmente ligadas, afetam a natureza da interação com os profissionais de saúde mental e podem ter um impacte significativo na eficácia do tratamento e no prognóstico, subestimando a importância da avaliação do autoconceito característico do indivíduo, bem como a visão das outras pessoas e dos seus relacionamentos. Apesar de o grau de perturbação do próprio e das relações interpessoais ser distribuído num contínuo, é útil considerar o nível de défice no funcionamento para a caracterização clínica e para o planeamento do tratamento e prognóstico.

Determinação do Nível de Funcionamento da Personalidade

Ao utilizar a Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS – *Level of Personality Functioning Scale*), o clínico seleciona o nível que melhor caracteriza o défice *global atual* no funcionamento da personalidade do indivíduo. Esta determinação é necessária ao diagnóstico de uma perturbação da personalidade (défice moderado ou superior) e pode ser usada para especificar a gravidade do défice presente em qualquer indivíduo com qualquer perturbação da personalidade, num dado momento. A LPFS também pode ser usada como um indicador global de funcionamento da personalidade sem especificação de um diagnóstico de perturbação da personalidade, ou no caso de o nível de défice da personalidade ser inferior ao limiar para diagnóstico de perturbação.

Traços de Personalidade

Definição e Descrição

No modelo alternativo, o Critério B envolve a avaliação de traços da personalidade que estão agrupados em 5 domínios. Um *traço de personalidade* é a tendência para sentir, percecionar, comportar-se e pensar de forma relativamente consistente ao longo do tempo e em diferentes situações em que o traço se possa manifestar. Por exemplo, indivíduos com um nível elevado do traço de personalidade *ansiedade* tenderiam a *sentir-se* facilmente ansiosos, incluindo em circunstâncias em que a maioria das pessoas se sentiria calma e relaxada. Indivíduos com um nível elevado do traço ansiedade também iram *percecionar* as situações como causadoras de ansiedade mais frequentemente do que aconteceria em indivíduos com um nível baixo deste traço, sendo que os indivíduos com um nível elevado do traço tenderiam a *comportar*-se de forma a evitar as situações que *pensassem* poder causar-lhes ansiedade. Assim, tenderiam a *pensar* o mundo como mais causador de ansiedade do que as outras pessoas.

É importante frisar que indivíduos com um nível elevado do traço ansiedade não são necessariamente ansiosos em todos os momentos e situações. Os níveis dos traços dos indivíduos podem mudar e de facto mudam ao longo da vida. Algumas alterações são muito generalizadas e refletem amadurecimento (por exemplo, os adolescentes em geral têm um nível mais elevado do traço impulsividade do que os adultos mais velhos), enquanto outras refletem as experiências de vida do indivíduo.

Dimensionalidade dos traços de personalidade. Todos os indivíduos podem ser localizados no espectro das dimensões de traços; isto é, os traços de personalidade aplicam-se a todos em diferentes graus, em vez de estarem presentes ou ausentes. Além disso, os traços de personalidade, incluindo os identificados especificamente no modelo da Secção III, existem num espectro com dois polos opostos. Por exemplo, o oposto do traço *insensibilidade* é a tendência para ser empático e bondoso, mesmo em circunstâncias em que a maioria das pessoas não se sentiria assim. Por isso, apesar de ao longo do modelo da Secção III o traço ser denominado *insensibilidade*, uma vez que esse polo é o foco principal da dimensão, ele poderia ser mais completamente descrito como *insensibilidade versus bondade*. Adicionalmente, o seu polo oposto pode ser identificado e pode não ser adaptativo em todas as circunstâncias (por exemplo, indivíduos que, devido a bondade extrema, permitem repetidamente que pessoas sem escrúpulos se aproveitem de si).

Estrutura hierárquica da personalidade. Alguns termos usados para definir traços são bastante específicos (por exemplo, «falador») e descrevem um estreito leque de comportamentos, enquanto outros são muito abrangentes (por exemplo, «desprendimento») e caracterizam um largo grupo de propensões comportamentais. As dimensões alargadas de traços são designadas *domínios* e as dimensões específicas dos traços são chamadas *facetas*. Os *domínios* de traços de personalidade compreendem um espetro de *facetas* de personalidade mais específicas que tendem a ocorrer em conjunto. Por exemplo, afastamento e anedonia são *facetas* específicas do traço do *domínio* Desprendimento. Apesar de existir uma variação transcultural das *facetas* de traço de personalidade, os *domínios* alargados que em conjunto constituem são relativamente consistentes entre culturas.

O Modelo de Traços de Personalidade

O sistema de traços de personalidade da Secção III inclui 5 domínios alargados de variações de traços de personalidade – Afetividade Negativa (*versus* Estabilidade Emocional), Desprendimento (*versus* Extroversão), Antagonismo (*versus* Agradabilidade), Desinibição (*versus* Consciencialização) e Psicoticismo (*versus* Lucidez) – compreendendo 25 facetas específicas de traço de personalidade. A tabela 3 fornece definições de todos os domínios e facetas da personalidade. Estes 5 domínios alargados são variantes desadaptativas dos 5 domínios do modelo conhecido como *Big Five* ou Modelo de Personalidade dos Cinco Fatores (FFM – *Five Fator Model*), extensamente validado e replicado, e são também semelhantes aos domínios do *Personality Psychopathology Five* (PSY-5). As 25 facetas específicas representam a lista de facetas da personalidade escolhidas pela sua relevância clínica.

Apesar de o Modelo de Traços estar focado nos traços de personalidade associados a psicopatologia, existem traços de personalidade saudáveis, adaptativos e resilientes identificáveis como o polo oposto destes traços, como identificado nos parênteses acima (isto é, Estabilidade Emocional, Extroversão, Agradabilidade, Consciencialização e Lucidez). A sua presença pode mitigar grandemente os efeitos das perturbações mentais e facilitar o *coping* e a recuperação de lesões traumáticas e de outras doenças médicas.

Distinguir Traços, Sintomas e Comportamentos Específicos

Apesar de os traços não serem imutáveis e mudarem ao longo da vida, mostram uma relativa consistência quando comparados com sintomas e comportamentos específicos. Por exemplo, uma pessoa pode comportar-se impulsivamente num momento específico por uma razão específica (por exemplo, uma pessoa que raramente é impulsiva decide de súbito gastar

uma grande quantidade de dinheiro num dado artigo porque se trata de uma oportunidade incomum de comprar algo de valor único), mas é apenas quando os comportamentos estão agregados ao longo do tempo e das circunstâncias, de tal forma que o padrão de comportamento distinga um indivíduo dos outros, que eles podem ser considerados traços. Não obstante, é importante reconhecer, por exemplo, que mesmo pessoas que são impulsivas não agem a todo o momento de forma impulsiva. Um traço é uma tendência ou disposição para comportamentos específicos; um comportamento específico é uma instância ou uma manifestação de um traço.

De forma semelhante, os traços são distinguíveis da maioria dos sintomas porque os sintomas tendem a aumentar e a diminuir, enquanto os traços são relativamente mais estáveis. Por exemplo, indivíduos com níveis mais elevados de *depressividade* têm maior probabilidade de experienciar episódios discretos de uma perturbação depressiva e de demonstrar os sintomas dessa perturbação como, por exemplo, dificuldades de concentração. No entanto, mesmo indivíduos que têm propensão de traço para *depressividade* tipicamente alternam entre episódios distinguíveis de perturbação do humor e sintomas específicos, tais como dificuldades de concentração tendem a aumentar e a diminuir de acordo com episódios específicos, pelo que não fazem parte da definição de traços. É importante referir, no entanto, que tanto os traços como os sintomas são passíveis de intervenção, sendo que muitas intervenções que visam os sintomas podem, a longo prazo, afetar padrões de funcionamento da personalidade que são apreendidos pelos traços de personalidade.

Avaliação do Modelo de Traços de Personalidade da Secção III do DSM-5

A utilidade clínica do modelo multidimensional de traços de personalidade da Secção III baseia-se na sua capacidade de focar a atenção em múltiplas áreas relevantes da variação da personalidade em cada doente individual. Em vez de se focar na identificação de um e apenas um rótulo diagnóstico, a aplicação clínica do modelo de traços de personalidade da Secção III implica a revisão dos cinco domínios alargados da personalidade retratados na Tabela 3. A abordagem clínica à personalidade é semelhante à bem conhecida revisão de sistemas da medicina clínica. Por exemplo, a queixa com que o indivíduo se apresenta pode estar focada num sintoma neurológico, mas, ainda assim, numa avaliação inicial os clínicos realizam uma revisão sistemática de todos os sistemas relevantes (por exemplo, cardiovascular, respiratório, gastrintestinal), de modo a que não se deixe escapar uma possibilidade para identificar uma diminuição do funcionamento numa área importante e a correspondente oportunidade para intervir eficazmente.

A utilização clínica do modelo de traços de personalidade da Secção III prossegue de forma semelhante. Um questionário inicial revê todos os 5 domínios alargados de personalidade. A revisão sistemática é facilitada pelo uso de instrumentos psicométricos formais desenhados para medir facetas e domínios específicos da personalidade. Por exemplo, o modelo de traços de personalidade é operacionalizado no Inventário de Personalidade do DSM-5 (PID-5 – *Personality Iventory for DSM-5*), que pode ser preenchido no formulário de autorrelato pelos doentes e no formulário para informadores por aqueles que conhecem bem o doente (por exemplo, o cônjuge). Uma avaliação clínica detalhada envolveria a colheita de dados pelo formulário para doentes e pelo formulário para informadores em todas as 25 facetas do modelo de traços de personalidade. No entanto, se não for possível devido a constrangimentos de tempo ou outros, a avaliação focada no nível dos 5 domínios é uma opção

aceitável clinicamente, quando é necessário apenas um retrato geral (*versus* Detalhado) da personalidade do paciente (Critério B da PP-TE). No entanto, se os problemas com base na personalidade forem o foco do tratamento, então será importante avaliar as facetas de traço do indivíduo, assim como os domínios.

Uma vez que os traços de personalidade são distribuídos continuamente na população, uma abordagem à decisão sobre se um traço específico está elevado (e, portanto, se está presente para efeitos de diagnóstico) pode envolver a comparação entre os níveis dos traços de personalidade dos indivíduos com as normas da população e/ou juízo clínico. Se um traço está elevado – isto é, os testes psicométricos formais e/ou dados da entrevista suportam o juízo clínico de elevação – considera-se que contribui para o preenchimento do Critério B para perturbações da personalidade da Secção III.

Utilidade Clínica do Modelo Multidimensional de Funcionamento e de Traços da Personalidade

Os constructos de perturbação e de traço acrescentam valor um ao outro na capacidade de predizer antecedentes importantes (por exemplo, história familiar, história de abuso infantil), concomitantes (por exemplo, défice funcional, uso de medicamentos) e preditivos (por exemplo, hospitalização, tentativas de suicídio). Os défices no funcionamento da personalidade e os traços patológicos da personalidade do DSM-5 contribuem, cada um e de forma independente, para as decisões clínicas sobre o grau de incapacidade; riscos de autoagressão, violência e criminalidade; tipo e intensidade do tratamento recomendado; e prognóstico – todos aspetos importantes da utilidade do diagnóstico psiquiátrico. De notar que o conhecimento do nível de funcionamento da personalidade de um indivíduo e do seu perfil de traços patológicos também fornece ao clínico uma base de informação rica e é valioso no planeamento do tratamento e na predição do curso e do prognóstico de muitas perturbações mentais além das perturbações da personalidade. Assim, a avaliação do funcionamento da personalidade e dos traços patológicos da personalidade pode ser relevante quer um indivíduo tenha uma perturbação da personalidade quer não.

TABELA 2. Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade.

Nível de défice	PRÓPRIO		INTERPESSOAL	
	Identidade	**Autodireção**	**Empatia**	**Intimidade**
0 – Pouco ou nenhum défice	Tem consciência contínua de um *self* único; mantém limites apropriados ao seu papel. Tem autoestima positiva consistente e autorregulada, com autoavaliação precisa. É capaz de experienciar, tolerar e regular um espectro completo de emoções.	Define e aspira a objetivos razoáveis baseados numa avaliação realista das capacidades pessoais. Utiliza padrões adequados de comportamento, alcançando realização em múltiplos domínios. Pode refletir sobre experiências internas e produzir um significado construtivo das mesmas.	É capaz de perceber de forma precisa as experiências e motivações dos outros na maioria das situações. Compreende e aprecia a perspetiva dos outros, mesmo que não concorde com ela. Está consciente do efeito das suas ações nos outros.	Mantém múltiplas relações satisfatórias e duradouras na vida pessoal e comunitária. Deseja e participa em várias relações de cuidado, próximas e recíprocas. Esforça-se pela cooperação e pelo benefício mútuo, respondendo de forma flexível a um espectro de ideias, emoções e comportamentos dos outros.
1 – Algum défice	Tem um sentido de *self* relativamente intacto, com alguma diminuição na clareza dos limites quando são experienciadas emoções fortes e mal-estar mental. Autoestima diminuída por vezes, com autoavaliação excessivamente crítica ou de algum modo distorcida. Emoções fortes podem ser geradoras de stress, associando-se a restrição do espectro da experiência emocional.	É demasiado dirigido a objetivos, de algum modo inibido por objetivos, ou ambivalente acerca dos objetivos. Pode ter um conjunto de padrões pessoais pouco realistas ou socialmente inapropriados, limitando alguns aspetos da compreensão. É capaz de refletir sobre experiências internas, mas pode sobreenfatizar um tipo particular (por exemplo, intelectual, emocional) de autoconhecimento.	Está de algum modo comprometido na sua capacidade de apreciar e perceber as experiências dos outros; pode tender a ver os outros como tendo expectativas irrealistas ou um desejo de controlo. Apesar de ser capaz de considerar e compreender diferentes perspetivas, resiste em fazê-lo. Tem consciência inconsistente do efeito do seu comportamento nos outros.	É capaz de estabelecer relações duradouras na vida pessoal e comunitária, com algumas limitações no grau de profundidade e de satisfação. É capaz de formar e deseja formar relações íntimas e recíprocas, mas pode ser inibido na sua expressão profunda e, por vezes, constrangido se surgirem emoções intensas ou conflitos. A cooperação pode ser inibida por padrões irrealistas; de algum modo limitado na capacidade para respeitar ou responder às ideias, emoções e comportamentos dos outros.

	PRÓPRIO		INTERPESSOAL	
Nível de défice	**Identidade**	**Autodireção**	**Empatia**	**Intimidade**
2 – Défice moderado	Depende excessivamente dos outros para a definição da identidade, com capacidade comprometida para delinear os limites. Tem uma autoestima vulnerável controlada pela preocupação exagerada acerca da avaliação externa, com desejo de aprovação. Tem um sentimento de incompletude ou de inferioridade, com autoavaliação inflacionada ou deflacionada compensatória. A regulação emocional depende de uma avaliação positiva externa. Ameaças à autoestima podem gerar emoções fortes como raiva ou vergonha.	Os objetivos são mais frequentemente um meio de obter aprovação externa do que autogerada e, portanto, pode faltar coerência e/ou estabilidade. Padrões pessoais podem ser despropositadamente elevados (por exemplo, necessidade de ser especial ou de agradar aos outros) ou baixos (por exemplo, não consonantes com os valores sociais prevalentes). Sentimento de realização comprometido por um sentido de falta de autenticidade. Tem capacidade comprometida para refletir sobre a experiência interna.	Está muito atento às experiências dos outros, mas só no que for percebido como relevante para o próprio. É excessivamente autorreferencial; capacidade significativamente comprometida na apreciação e compreensão das experiências dos outros e na consideração de perspetivas alternativas. É geralmente inconsciente ou despreocupado com o efeito do seu comportamento nos outros, ou aprecia de forma irrealista o seu próprio efeito.	É capaz de formar e deseja formar relações na vida pessoal e comunitária, mas as ligações podem ser largamente superficiais. As relações íntimas são predominantemente baseadas em necessidades de autorregulação e autoestima, com expectativas irrealistas de ser perfeitamente entendido pelos outros. Tende a não ver as relações em termos recíprocos e coopera predominantemente para ganho pessoal.

	PRÓPRIO		INTERPESSOAL	
Nível de défice	**Identidade**	**Autodireção**	**Empatia**	**Intimidade**
3 – Défice grave	Tem um sentido fraco de autonomia/ /ação; experiência de falta de identidade ou de vazio. Definição de limites pobre ou rígida: pode demonstrar identificação excessiva com os outros, enfatização excessiva da independência em relação aos outros ou da alternância entre estes. Autoestima frágil e facilmente influenciável pelos acontecimentos e a autoimagem tem falta de coerência. Autoavaliação é indiferenciada: autoaversiva, autoengrandecedora ou uma combinação irrealista e ilógica. As emoções podem mudar rapidamente ou existir um sentimento crónico e firme de desespero.	Tem dificuldade em estabelecer e/ou atingir objetivos pessoais. Padrões internos para comportamento não são claros ou são contraditórios. A vida é experienciada como desprovida de significado ou como perigosa. Tem capacidade significativamente comprometida de refletir ou compreender os seus próprios processos mentais.	A capacidade para considerar e compreender os pensamentos, sentimentos e comportamentos de outras pessoas está limitada de forma significativa; pode discernir aspetos muito específicos das experiências dos outros, particularmente vulnerabilidades e sofrimento. É geralmente incapaz de considerar perspetivas alternativas; altamente ameaçado por diferenças de opinião ou pontos de vista alternativos. Confuso ou inconsciente do impacte das suas próprias ações nos outros; com frequência desnorteado relativamente aos pensamentos e ações dos outros, com motivações destrutivas frequentemente atribuídas erradamente a outros.	Tem algum desejo de formar relações na vida pessoal e comunitária, mas a capacidade de ligações positivas e duradouras está significativamente comprometida. Relações baseadas numa forte crença sobre a necessidade de um parceiro/a íntimo/a, e/ou em expetativas de abandono ou de abuso. Sentimentos sobre o envolvimento íntimo com outros alternam entre medo/rejeição e o desejo desesperado por ligação. Pouca mutualidade: os outros são conceptualizados primariamente em termos de como afetam o próprio (negativamente ou positivamente); esforços cooperativos são frequentemente interrompidos devido à perceção de desconsideração da parte dos outros.

Nível de défice	PRÓPRIO		INTERPESSOAL	
	Identidade	**Autodireção**	**Empatia**	**Intimidade**
4 – Défice extremo	Experiência de um *self* único e sentido de agência/autonomia estão virtualmente ausentes ou são organizados em torno de uma perseguição externa percebida. Limites em relação aos outros confusos ou ausentes. Tem uma autoimagem fraca ou distorcida, facilmente ameaçada por interações com os outros; distorções e confusão significativas em torno da autoavaliação. Emoções incongruentes com o contexto ou com a experiência interna. Ódio e agressão podem ser os afetos dominantes, apesar de poderem ser repudiados e atribuídos a outros.	Tem fraca diferenciação entre pensamentos e ações, pelo que a capacidade de estabelecer objetivos está gravemente comprometida, com objetivos irrealistas ou incoerentes. Padrões internos para o comportamento estão virtualmente ausentes. Realização genuína é virtualmente inconcebível. É profundamente incapaz de refletir construtivamente sobre a sua própria experiência. Motivações pessoais podem não ser reconhecidas e/ou experienciadas como exteriores ao *self*.	Tem uma incapacidade pronunciada para considerar e compreender a experiência e motivação dos outros. A atenção à perspetiva dos outros está virtualmente ausente (atenção hipervigilante, focada na necessidade de realização e evitamento do mal). As interações sociais podem ser confusas e desorientadas.	Desejo de afiliação limitado por profundo desinteresse ou expectativa de mal. Envolvimento com outros desprendido, desorganizado ou consistentemente negativo. Relações conceptualizadas quase exclusivamente em termos da sua capacidade de fornecer conforto ou infligir dor e sofrimento. O comportamento social/interpessoal não é recíproco; em vez disso, procura a realização de necessidades básicas ou a fuga à dor.

TABELA 3. Definições dos domínios e facetas dos traços das perturbações da personalidade do DSM-5.

DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	Definições
AFETIVIDADE NEGATIVA (*vs.* Estabilidade Emocional)	Experiência frequente e intensa de níveis altos de um espectro alargado de emoções negativas (por exemplo, ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (por exemplo, autoagressão) e interpessoais (por exemplo, dependência).
Labilidade emocional	Instabilidade de experiências emocionais e do humor; emoções facilmente despertáveis, intensas e/ou desproporcionais relativamente aos acontecimentos e circunstâncias.
Ansiedade	Sentimentos de nervosismo, tensão ou pânico em reação a diversas situações; preocupação frequente sobre os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e eventos negativos futuros; sentir-se temerário e apreensivo sobre a incerteza; esperar que aconteça o pior.
Insegurança de separação	Medo de ficar só devido a rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas baseado na falta de confiança na sua capacidade de cuidar de si próprio, tanto física como emocionalmente.
Submissão	Adaptação do próprio comportamento aos interesses e desejos efetivos ou percebidos, mesmo quando isso é contrário aos próprios interesses, necessidades ou desejos.
Hostilidade	Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenos desrespeitos e insultos; comportamento maldoso, desagradável ou vingativo. *Ver também* Antagonismo.
Perseveração	Persistência em tarefas ou formas particulares de fazer as coisas muito depois de o comportamento ter deixado de ser funcional ou eficaz; continuação do mesmo comportamento apesar de falhanços repetidos ou razões claras para parar.
Depressividade	*Ver* Desprendimento.
Suspeição	*Ver* Desprendimento.
Afetividade restrita (ausência de)	A ***ausência*** desta faceta caracteriza ***níveis baixos*** de Afetividade negativa.
DESPRENDIMENTO (*vs.* Extroversão)	Evitamento de experiências socioemocionais, incluindo o afastamento de interações interpessoais (de relações casuais e de interações diárias a amizades e relações íntimas) e experiência e expressão afetiva restrita, particularmente capacidade hedónica limitada.
Afastamento	Preferência por estar sozinho em vez de estar com outros; reticência em situações sociais; evitamento de contactos e atividades sociais; ausência de iniciação de contacto social.
Evitamento de intimidade	Evitamento de relações próximas ou românticas, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas.
Anedonia	Falta de satisfação, envolvimento ou energia relativamente a experiências da vida; deficiência na capacidade de sentir prazer e de obter interesse nas coisas.
Depressividade	Sentimentos de estar em baixo, miserável e/ou desesperançado; dificuldade em recuperar desses humores; pessimismo sobre o futuro; vergonha invasiva e/ou culpa; sentimentos de menos-valia do próprio; pensamentos de suicídio e ideação suicida.

DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	Definições
Afetividade restrita	Pequena reação a situações que despertam emoções; experiência e expressão emocional constrangidas; indiferença e desinteresse em situações normativamente envolventes.
Suspeição	Expectativa de – e sensibilidade a – sinais de má-intenção ou maldade interpessoal; dúvidas sobre a lealdade e fidelidade dos outros; sentimentos de ser-se maltratado, usado e/ou perseguido pelos outros.
ANTAGONISMO (*vs.* Agradabilidade)	Comportamentos que põem o indivíduo em desacordo com outras pessoas, incluindo um sentido exagerado de autoimportância e uma expectativa concomitante de tratamento especial, assim como antipatia insensível para com os outros, abrangendo tanto uma falta de consciência das necessidades e dos sentimentos dos outros como uma prontidão em usar os outros ao serviço do seu autoaperfeiçoamento.
Manipulação	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar outros; uso da sedução, charme, loquacidade ou bajulação para atingir os próprios objetivos.
Falsidade	Desonestidade e engano; representação errónea do próprio; embelezamento ou fabricação quando relata eventos.
Grandiosidade	Acreditar que se é superior a outros e se merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de superioridade; condescendência em relação aos outros.
Procura de atenção	Envolvimento em comportamentos desenhados para atrair atenções e tornar-se foco da atenção e admiração dos outros.
Insensibilidade	Ausência de preocupação com os sentimentos e problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso sobre os efeitos negativos ou prejudiciais das suas ações nos outros.
Hostilidade	*Ver* Afetividade Negativa.
DESINIBIÇÃO (*vs.* Conscienciosidade)	Orientação para a gratificação imediata, comportamento impulsivo conduzido por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem ter em consideração as consequências futuras.
Irresponsabilidade	Desconsideração por – e incapacidade de honrar – obrigações ou compromissos financeiros e outros; falta de respeito por – e ausência de seguimento de – acordos e promessas; falta de cuidado com a propriedade dos outros.
Impulsividade	Agir de acordo com o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem plano ou consideração dos resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos; um sentido de urgência e comportamento autoagressivo sob mal-estar emocional.
Distratibilidade	Dificuldade em concentrar-se e focar-se nas tarefas; atenção facilmente desviada por estímulos externos; dificuldade em manter comportamentos focados no objetivo, incluindo planeamento e realização de tarefas.
Envolvimento em comportamentos de risco	Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente autolesivas, desnecessariamente e sem consideração pelas consequências; ausência de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade de perigo pessoal; perseguição imprudente de objetivos independentemente do nível de risco envolvido.

DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	**Definições**
Perfecionismo rígido (ausência de)	Insistência rígida em que tudo decorra sem falhas, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o desempenho próprio e alheio; sacrifício da pontualidade para garantir correção em cada detalhe; crença de que há apenas uma forma correta de fazer as coisas; dificuldade em mudar de ideias e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem. A ***ausência*** desta faceta caracteriza ***níveis baixos*** de desinibição.
PSICOTICISMO (*vs.* Lucidez)	Exibição de um amplo espectro de comportamentos ou de cognições estranhas, excêntricas e incomuns, culturalmente incongruentes, incluindo processos (por exemplo, perceção, dissociação) e conteúdo (por exemplo, crenças).
Crenças e experiências incomuns	Crença de que se tem capacidades incomuns, como leitura da mente, telecinesia, fusão pensamento-ação, experiências de realidade incomuns, incluindo experiências de tipo alucinatório.
Excentricidade	Comportamento, aparência e/ou discurso estranhos, incomuns ou bizarros; ter pensamentos estranhos e imprevisíveis; dizer coisas incomuns e inapropriadas.
Desregulação cognitiva e percetual	Processo do pensamento e experiências estranhas ou incomuns, incluindo despersonalização, desrealização e experiências dissociativas; experiências mistas sono-vigília; experiências de controlo do pensamento.

Condições para Estudo Futuro

São apresentados conjuntos de critérios propostos para condições para as quais se encoraja estudo futuro. Os itens específicos, limiares e durações contidas nestes conjuntos de critérios de investigação foram determinados por consenso de peritos – fundamentados por revisões de literatura, reanálise de dados e resultados de estudos de campo, quando disponíveis – e têm como objetivo fornecer uma linguagem comum para os investigadores e clínicos que estejam interessados em estudar estas perturbações. É esperado que tal investigação permita uma melhor compreensão destas condições e informação de decisões sobre possíveis inclusões em edições futuras do DSM. Os Grupos de Trabalho e *Task Force* do DSM-5 sujeitaram cada um dos conjuntos de critérios propostos para uma revisão empírica cuidadosa e convidaram a comentário alargado quer dos peritos quer do público geral. A *Task Force* determinou que a informação era insuficiente para garantir a inclusão destas propostas como diagnósticos oficiais de perturbações mentais na Secção II. ***Os conjuntos de critérios propostos não pretendem ser para uso clínico; apenas os conjuntos de critérios e as perturbações da Secção II do DSM-5 são oficialmente reconhecidos e podem ser usados para efeitos clínicos.***

Síndrome de Psicose Atenuada

Critérios Propostos

A. Pelo menos um dos seguintes sintomas está presente na forma atenuada, com um teste de realidade relativamente intacto, e é de gravidade ou frequência suficiente para justificar atenção clínica:
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado.

B. O(s) sintoma(s) tem(têm) de ter estado presente(s) pelo menos 1 vez por semana no último mês.

C. O(s) sintoma(s) tem(têm) de ter começado ou ter-se agravado no último ano.

D. O(s) sintoma(s) é(são) suficientemente perturbador(es) e incapacitante(s) para o indivíduo para justificar atenção clínica.

E. O(s) sintoma(s) não é(são) mais bem explicado(s) por outra perturbação mental, incluindo perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

F. Nunca foram preenchidos os critérios para qualquer perturbação psicótica.

Características de Diagnóstico

Os sintomas psicóticos atenuados, como definidos no Critério A, são semelhantes aos psicóticos, mas abaixo do limiar para uma perturbação psicótica completa. Comparados com as perturbações psicóticas, os sintomas são menos graves e mais transitórios e o *insight* está relativamente mantido. Um diagnóstico de síndrome de psicose atenuada requer um estado psicopatológico associado a comprometimento funcional, em vez de patologia de traço de longo prazo. A psicopatologia não progrediu para a gravidade da psicose completa. A síndrome de psicose atenuada é uma perturbação baseada na patologia visível e no comprometimento funcional e mal-estar. Alterações nas experiências e comportamentos são notadas pelo indivíduo e/ou outros, sugerindo uma alteração do estado mental (isto é, os sintomas são de gravidade ou frequência suficientes para justificar a atenção clínica) (Critério A). Os delírios atenuados (Critério A1) podem ter conteúdo de suspeição/ideação persecutória, incluindo ideias persecutórias de referência. O indivíduo pode ter uma atitude cautelosa, desconfiada. Quando os delírios são de gravidade moderada, o indivíduo vê os outros como indignos de confiança e pode ser hipervigilante e sentir más intenções por parte dos outros. Quando os delírios são graves, mas ainda dentro do espectro atenuado, o indivíduo mantém crenças fracamente organizadas sobre perigos ou intenções hostis, mas os delírios não têm de ter a natureza fixa que é necessária para o diagnóstico de uma perturbação psicótica. O comportamento defensivo na entrevista pode interferir na capacidade de recolher informação. O teste da realidade e a perspetiva do indivíduo podem ser obtidos com prova não confirmatória, mas a propensão para ver o mundo como hostil e perigoso mantém-se forte. Os delírios atenuados podem ter um conteúdo grandioso, apresentando-se como um sentimento irrealista de capacidade superior. Quando os delírios são moderados, o indivíduo acalenta a ideia de que é talentoso, influente ou especial. Quando os delírios são graves, o indivíduo tem crenças de superioridade que com frequência afastam os amigos e preocupam os familiares. Pensamentos de que se é especial podem levar a planos ou investimentos irrealistas, embora se possa levantar ceticismo acerca destas atitudes, questionando e confrontando o indivíduo de forma persistente.

As alucinações atenuadas (Critério A2) incluem alterações nas perceções sensoriais, em regra auditivas e/ou visuais. Quando as alucinações são moderadas, os sons e imagens são muitas vezes não formadas (por exemplo, sombras, rastos, halos, murmúrios, estrondos) e são experienciadas como incomuns ou enigmáticas. Quando as alucinações são graves, estas experiências tornam-se mais vívidas e frequentes (isto é, ilusões recorrentes ou alucinações que captam a atenção e afetam o pensamento e a concentração). Estas anomalias da perceção podem alterar o comportamento, mas ainda assim pode induzir-se ceticismo em relação à sua realidade.

A comunicação desorganizada (Critério A3) pode manifestar-se como discurso estranho (vago, metafórico, sobreelaborado, estereotipado), pouco focado (confuso, perturbado, demasiado rápido ou demasiado lento, palavras erradas, contexto irrelevante, fora do enquadramento) ou meândrico (circunstanciado, tangencial). Quando a desorganização é de gravidade moderada, o indivíduo muitas vezes aborda tópicos irrelevantes, mas responde facilmente a perguntas de clarificação. O discurso pode ser estranho, mas compreensível. Num nível de gravidade moderada, o discurso torna-se meândrico e circunstanciado e, quando a desorganização é grave, o indivíduo não consegue atingir o objetivo sem condução externa (tangencial). Num grau grave, pode ocorrer com pouca frequência algum bloqueio do pensamento e/ou de afrouxamento de associações, em especial quando o indivíduo está sob

pressão, mas questões de reorientação devolvem rapidamente a estrutura e organização à conversa.

O indivíduo apercebe-se de que estão a ocorrer alterações no estado mental e/ou nos relacionamentos. Ele ou ela mantém um *insight* razoável para as experiências de tipo psicótico e, por regra, considera que as perceções alteradas não são reais e que a ideação mágica não é convincente. O indivíduo tem de experienciar mal-estar e/ou desempenho comprometido socialmente ou no cumprimento de papéis (Critério D), e o indivíduo ou outros responsáveis devem notar as alterações e expressar preocupação, de forma a que sejam procurados cuidados clínicos (Critério A).

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

O indivíduo pode experienciar pensamento mágico, aberrações da perceção, dificuldades de concentração, alguma desorganização no pensamento ou comportamento, suspeição excessiva, ansiedade, afastamento social e disrupção do ciclo sono-vigília. São com frequência observados défices da função cognitiva e sintomas negativos. Variáveis de neuroimagem distinguem coortes com síndrome de psicose atenuada de coortes de controlo normais com padrões semelhantes, mas menos graves, aos observados na esquizofrenia. No entanto, os dados da neuroimagiologia não são diagnósticos a nível individual.

Prevalência

A prevalência da síndrome de psicose atenuada é desconhecida. Os sintomas do Critério A não são incomuns na população que não procura ajuda, variando entre 8% e 13% para experiências alucinatórias e pensamento delirante. Parece existir uma ligeira preponderância masculina para a síndrome de psicose atenuada.

Desenvolvimento e Curso

A síndrome de psicose atenuada surge habitualmente a meio ou no fim da adolescência ou no início da idade adulta. Pode ser precedida por um desenvolvimento normal ou por evidência de cognição comprometida, sintomas negativos e/ou desenvolvimento social comprometido. Em coortes de doentes que procuram ajuda, aproximadamente 18% num ano e 32% em 3 anos podem progredir sintomaticamente e cumprir critérios para uma perturbação psicótica. Nalguns casos, a síndrome pode transitar para uma perturbação depressiva ou bipolar com características psicóticas, mas o desenvolvimento para uma perturbação do espetro da esquizofrenia é mais frequente. O diagnóstico parece ser mais bem aplicado a indivíduos com idades entre 13 e 35 anos. O curso de longo prazo não está ainda descrito além dos 7-12 anos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Temperamentais. Os fatores preditores do prognóstico da síndrome de psicose atenuada não foram definitivamente caracterizados, mas a presença de sintomas negativos, défices cognitivos e funcionamento empobrecido está associada a mau prognóstico e a aumento do risco de transição para psicose.

Genéticos e fisiológicos. Uma história familiar de psicose coloca o indivíduo com síndrome de psicose atenuada em risco aumentado de desenvolver uma perturbação psicótica completa. Dados de imagiologia estrutural, funcional e neuroquímica estão associados a um risco aumentado de transição para psicose.

Consequências Funcionais da Síndrome de Psicose Atenuada

Muitos indivíduos podem experienciar défices funcionais. O comprometimento modesto a moderado a nível social, ou no cumprimento de funções, pode persistir mesmo com a diminuição dos sintomas. Um número substancial de indivíduos com o diagnóstico irá melhorar ao longo do tempo; muitos continuarão a ter sintomas e défices ligeiros e muitos outros terão uma recuperação completa.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação psicótica breve. De início, quando se manifestam os sintomas da síndrome de psicose atenuada, estes podem fazer lembrar uma perturbação psicótica breve. No entanto, na síndrome de psicose atenuada os sintomas não ultrapassam o limiar da psicose e o teste de realidade/*insight* da doença permanecem intactos.

Perturbação esquizotípica da personalidade. A perturbação esquizotípica da personalidade, apesar de ter características sintomáticas semelhantes às da síndrome de psicose atenuada, é uma perturbação de traço relativamente estável que não cumpre aspetos dependentes de estado (Critério C) da síndrome de psicose atenuada. Além disso, um conjunto mais alargado de sintomas é necessário para a perturbação esquizotípica da personalidade, apesar de, em estádios precoces de apresentação, o quadro se poder assemelhar à síndrome de psicose atenuada.

Perturbações depressiva e bipolar. Distorções da realidade que são temporalmente limitadas a um episódio de perturbação depressiva major ou de perturbação bipolar, e que são descritivamente mais características dessas perturbações, não cumprem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, no contexto de perturbação depressiva major, sentimentos de baixa autoestima ou atribuições de baixa consideração pelos outros não reúnem requisitos para síndrome de psicose atenuada comórbida.

Perturbações de ansiedade. Distorções da realidade que são temporalmente limitadas a um episódio de uma perturbação de ansiedade e que são descritivamente mais características de uma perturbação de ansiedade não cumprem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, no contexto de perturbação de ansiedade social, sentimentos de se ser o foco de atenção indesejada não reúnem requisitos para perturbação de psicose atenuada comórbida.

Perturbação bipolar II. Distorções da realidade que são temporalmente limitadas a um episódio de mania ou hipomania e que são descritivamente mais característicos de uma perturbação bipolar não cumprem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, no contexto de pressão do discurso e necessidade diminuída de dormir, uma autoestima elevada não reúne requisitos para perturbação de psicose atenuada comórbida.

Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Distorções da realidade que são concomitantes com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade e que são descritivamente mais características desta perturbação não cumprem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, no contexto de medo intenso de abandono real ou imaginário e de automutilação recorrente, a sensação de que se é incapaz de experienciar sentimentos não reúne requisitos para síndrome de psicose atenuada comórbida.

Reação de ajustamento da adolescência. Sintomas ligeiros e transitórios típicos do desenvolvimento normal e consistente com o grau de stress experienciado não reúnem requisitos para síndrome da psicose atenuada.

Extremo de aberração percetual e pensamento mágico na população não doente. Esta possibilidade diagnóstica deve ser fortemente considerada quando as distorções da realidade não estão associadas a mal-estar e défice funcional e a necessidade de cuidados.

Perturbação psicótica induzida por substância/medicamento. O uso de substâncias é comum entre indivíduos cujos sintomas correspondem aos critérios de perturbação de psicose atenuada. A não ser quando os sintomas característicos estão forte e temporalmente relacionados com episódios de uso de substâncias, o Critério E para síndrome de psicose atenuada não deverá ser cumprido e o diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substância/medicamento deve ser preferido.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção. A história de défice de atenção não exclui um diagnóstico atual de síndrome de psicose atenuada. Um défice de atenção prévio pode ser uma condição prodrómica ou uma perturbação de hiperatividade/défice de atenção comórbida.

Comorbilidades

Indivíduos com síndrome de psicose atenuada experienciam com frequência ansiedade e/ou depressão. Alguns indivíduos com síndrome de psicose atenuada irão progredir para outro diagnóstico, incluindo perturbações de ansiedade, depressiva, bipolar e da personalidade. Nesses casos, a psicopatologia associada ao diagnóstico de síndrome de psicose atenuada é reconceptualizada como a fase prodrómica de outra perturbação e não como uma condição comórbida.

Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração

Critérios Propostos

Experiência ao longo da vida de pelo menos um episódio depressivo major que preenche os seguintes critérios:

A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes critérios durante um período de 2 semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos 1 dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou do prazer. (**Nota.** Não incluir os sintomas que sejam claramente atribuíveis a uma condição médica.)
   1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sentir-se triste, vazio ou sem esperança) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (**Nota.** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável.)
   2. Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação).
   3. Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota.** Em crianças, deve considerar-se o não se atingir o aumento esperado de peso.)
   4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
   5. Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável pelos outros, não apenas pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de desvalorização ou de culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).
8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).
9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, ou tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.
C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
D. A perturbação não é mais bem explicada por perturbação esquizoafetiva e não é sobreposta a esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outra perturbação psicótica.

Pelo menos 2 episódios ao longo da vida de períodos hipomaníacos que envolvam os critérios sintomáticos requeridos abaixo, mas que são de duração insuficiente (pelo menos 2 dias, mas menos de 4 dias consecutivos) para preencher os critérios para episódio hipomaníaco. Os critérios sintomáticos são os seguintes:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia anormal ou persistentemente aumentada dirigida a um objetivo.
B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia e atividade, persistem 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4, se o humor é apenas irritável), representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:
   1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
   2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono).
   3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
   5. Distratibilidade (isto é, a atenção é com facilidade desviada para estímulos externos pouco importantes ou irrelevantes), relatada ou observada.
   6. Aumento da atividade dirigida a determinados objetivos (quer socialmente, no emprego ou na escola, quer sexualmente) ou agitação psicomotora.
   7. Envolvimento excessivo em atividades que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos em negócios sem valor).
C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca do funcionamento que é não é característica do indivíduo quando não está sintomático.
D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.
E. O episódio não é suficientemente grave para causar um comprometimento marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.
F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Características de Diagnóstico

Indivíduos com hipomania de curta duração experienciaram pelo menos 1 episódio depressivo major, bem como pelo menos 2 episódios de 2-3 dias de duração em que foram cumpridos critérios para episódio hipomaníaco (exceto quanto à duração dos sintomas). Estes episódios são de intensidade suficiente para serem categorizados como episódio hipomaníaco, mas não cumprem o critério de 4 dias de duração. Os sintomas estão presentes num grau significativo, de forma que representam uma alteração percetível do comportamento normal do indivíduo.

Por definição, um indivíduo com história de episódio hipomaníaco sindromático e episódio depressivo major tem uma perturbação bipolar II, independentemente da duração atual dos sintomas hipomaníacos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Indivíduos que tenham experienciado tanto hipomania de curta duração como episódio depressivo major, com a sua comorbilidade aumentada com perturbações de uso de substâncias e uma maior história familiar de perturbação bipolar, assemelham-se mais a indivíduos com perturbação bipolar do que com perturbação depressiva major.

Também foram encontradas diferenças entre os indivíduos com hipomania de curta duração e os que apresentam perturbação bipolar sindromática. O défice ocupacional foi superior para indivíduos com perturbação bipolar sindromática, assim como o número médio estimado de episódios. Indivíduos com hipomania de curta duração podem apresentar uma gravidade menor do que indivíduos com episódios hipomaníacos sindromáticos, incluindo menos labilidade do humor.

Prevalência

A prevalência de hipomania de curta duração não é clara, uma vez que os critérios são novos nesta edição do manual. Porém, usando critérios de algum modo diferentes, estimou-se que a hipomania de curta duração ocorre em 2,8% da população (em comparação com hipomania ou mania em 5,5% da população). A hipomania de curta duração pode ser mais comum no sexo feminino que se pode apresentar com mais características de depressão atípica.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Uma história familiar de mania é 2 a 3 vezes mais comum em indivíduos com hipomania de curta duração comparativamente com a população geral, mas menos de metade do que a que comummente se verifica em indivíduos com história de mania ou hipomania sindromática.

Risco de Suicídio

Os indivíduos com hipomania de curta duração têm taxas mais elevadas de tentativas de suicídio do que os indivíduos saudáveis, apesar de não tão elevadas como as taxas em indivíduos com perturbação bipolar sindromática.

Consequências Funcionais da Hipomania de Curta Duração

Défices funcionais associados especificamente a hipomania de curta duração ainda não foram completamente determinados. No entanto, a investigação sugere que indivíduos com esta perturbação têm menor comprometimento laboral do que indivíduos com perturbação

bipolar sindromática, mas mais perturbações de uso de substâncias comórbidas, em particular perturbação de uso de álcool do que indivíduos com perturbação depressiva major.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação bipolar II. A perturbação bipolar II é caracterizada por um período de pelo menos 4 dias de sintomas hipomaníacos, enquanto a hipomania de curta duração é caracterizada por períodos de 2-3 dias de sintomas hipomaníacos. Uma vez que o indivíduo tenha experienciado um episódio hipomaníaco (4 dias ou mais), o diagnóstico torna-se perturbação bipolar II e mantém-se assim independentemente da duração de futuros períodos de sintomas hipomaníacos.

Perturbação depressiva major. A perturbação depressiva major é também caracterizada por pelo menos 1 episódio depressivo major ao longo da vida. No entanto, a presença adicional de pelo menos 2 períodos de 2-3 dias de sintomas hipomaníacos ao longo da vida leva ao diagnóstico de hipomania de curta duração em vez de perturbação depressiva major.

Perturbação depressiva major com características mistas. Tanto a perturbação depressiva major com características mistas como a hipomania de curta duração são caracterizadas pela presença de alguns sintomas hipomaníacos e um episódio depressivo major. No entanto, a perturbação depressiva major com características mistas é caracterizada pela presença de características hipomaníacas concomitantes com um episódio depressivo major, enquanto indivíduos com hipomania de curta duração experienciam, em momentos diferentes, hipomania subsindromática e depressão major sindromática completa.

Perturbação bipolar I. A perturbação bipolar I diferencia-se da hipomania de curta duração pela presença de pelo menos 1 episódio maníaco ao longo da vida, o qual é mais longo (pelo menos 1 semana) e mais grave (causa um maior comprometimento do funcionamento social) do que um episódio hipomaníaco. Por definição, um episódio (de qualquer duração) que envolva sintomas psicóticos, ou que necessite de hospitalização, é um episódio maníaco em vez de hipomaníaco.

Perturbação ciclotímica. Enquanto a perturbação ciclotímica é caracterizada por períodos de sintomas depressivos e períodos de sintomas hipomaníacos, a presença ao longo da vida de um episódio depressivo major impede o diagnóstico de perturbação ciclotímica.

Comorbilidades

A hipomania de curta duração, de forma semelhante aos episódios hipomaníacos completos, foi associada a taxas mais elevadas de perturbações de ansiedade e perturbações de uso de substâncias comórbidas do que a encontrada na população geral.

Perturbação de Luto Complicado Persistente

Critérios Propostos

A. O indivíduo vivenciou a morte de alguém com quem tinha uma relação próxima.

B. Desde a morte, pelo menos 1 dos seguintes sintomas é experienciado na maior parte dos dias e num grau clinicamente significativo, e persistem, no caso de adultos em luto, por pelo menos 12 meses após a morte e, no caso de crianças em luto, por pelo menos 6 meses:

1. Saudade persistente do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem estar separado de, e também voltar a reunir-se com, um cuidador ou outra figura de vinculação.
2. Mágoa intensa e dor emocional em resposta à morte.
3. Preocupação com o falecido.
4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Em crianças esta preocupação com o falecido pode ser expressa através de temas de brincadeiras e comportamento e pode estender-se a preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas.

C. Desde a morte, pelo menos 6 dos seguintes sintomas são experienciados na maior parte dos dias e num grau clinicamente significativo, e persistem, no caso de adultos em luto, por pelo menos 12 meses após a morte e, no caso de crianças em luto, por pelo menos 6 meses:

Mal-estar reativo à morte

1. Dificuldade marcada em aceitar a morte. Em crianças isto está dependente da capacidade da criança para compreender o significado e a permanência da morte.
2. Experienciar incredulidade ou entorpecimento emocional relativamente à perda.
3. Dificuldade em relembrar positivamente o falecido.
4. Amargura ou raiva relacionadas com a perda.
5. Avaliações desadaptativas sobre o próprio em relação ao falecido ou à morte (por exemplo, sentimentos de culpa).
6. Evitamento excessivo de lembranças da perda (por exemplo, evitamento de indivíduos, locais ou situações associadas ao falecido; em crianças isto pode incluir evitamento de pensamentos e sentimentos respeitantes ao falecido).

Disrupção social/de identidade

7. Desejo de morrer de forma a estar com o falecido.
8. Dificuldade em confiar noutros indivíduos desde a morte.
9. Sentir-se só ou desligado dos outros indivíduos desde a morte.
10. Sentir que a vida não tem significado, ou que é vazia sem o falecido, ou a crença de que não consegue funcionar sem o falecido.
11. Confusão acerca do seu próprio papel na vida ou um sentido diminuído da sua própria identidade (por exemplo, sentir que uma parte de si morreu com o falecido).
12. Dificuldade ou relutância em perseguir interesses desde a perda ou em planear o futuro (por exemplo, amizades, atividades).

D. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.

Especificar se:

Com luto traumático. Luto devido a homicídio ou suicídio com preocupações geradoras de mal-estar persistentes relativas à natureza traumática da morte (muitas vezes em resposta a lembranças da perda), incluindo os últimos momentos do falecido, grau de sofrimento e lesões de mutilação, ou à natureza maliciosa ou intencional da morte.

Características de Diagnóstico

A perturbação de luto complicado persistente é diagnosticada apenas se tiverem decorrido pelo menos 12 meses (6 meses nas crianças) desde a morte de alguém com quem o indivíduo

enlutado tinha uma relação próxima (Critério A). Esta moldura temporal discrimina o luto normal do luto persistente. Esta condição envolve tipicamente saudades persistentes do falecido (Critério B1) que podem estar associadas a mágoa intensa e choro frequente (Critério B2) ou a preocupação com o falecido (Critério B3). O indivíduo pode também estar preocupado com a forma como a pessoa morreu (Critério B4).

Seis sintomas adicionais são necessários, incluindo dificuldade marcada em aceitar que o indivíduo morreu (Critério C1) (por exemplo, prepara refeições para o falecido), descrença de que o indivíduo tenha morrido (Critério C2), memórias geradoras de mal-estar do falecido (Critério C3), raiva pela perda (Critério C4), avaliações desadaptativas sobre o próprio relativamente ao morto e à morte (Critério C5) e evitamento excessivo de lembranças da perda (Critério C6). Os indivíduos podem também relatar desejo de morrer porque têm vontade de estar com o falecido (Critério C7), estar desconfiados dos outros (Critério C8), sentir-se isolados (Critério C9), crença de que a vida não tem significado ou objetivo sem o falecido (Critério C10), experienciar uma diminuição do sentido de identidade em que sentem que uma parte de si morreu ou foi perdida (Critério C11), ou ter dificuldade em envolver-se em atividades, procurar relações ou planear o futuro (Critério C12).

A perturbação de luto complicado persistente requer mal-estar clinicamente significativo ou défices no funcionamento psicossocial (Critério D). A natureza e a gravidade do luto devem estar para lá do expectável, tendo em conta o contexto cultural, o grupo religioso ou o estádio de desenvolvimento (Critério E). Apesar das variações na forma como o luto se pode manifestar, os sintomas da perturbação de luto complicado persistente ocorrem em ambos os géneros e em diversos grupos sociais e culturais.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Alguns indivíduos com perturbação de luto complicado persistente experienciam alucinações do falecido (auditivas ou visuais), nas quais temporariamente percecionam a presença do falecido (por exemplo, ver o falecido sentado na sua cadeira preferida). Também podem experienciar diversas queixas somáticas (por exemplo, queixas digestivas, dor, fadiga), incluindo sintomas experienciados pelo falecido.

Prevalência

A prevalência da perturbação de luto complicado persistente é de aproximadamente 2,4%-4,8%. A perturbação é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino.

Desenvolvimento e Curso

A perturbação de luto complicado persistente pode ocorrer em qualquer idade, começando depois de 1 ano. Os sintomas habitualmente começam nos meses iniciais após a morte, apesar de poder haver um atraso de meses, ou mesmo de anos, até que apareça a síndrome completa. Apesar de habitualmente as reações de luto aparecerem logo após a perda, estas reações não são diagnosticadas como perturbação de luto complicado persistente a não ser que os sintomas persistam para além de 12 meses (6 meses para as crianças).

Crianças pequenas podem experienciar a perda de um cuidador primário como traumática, dado os efeitos desorganizadores que a ausência do cuidador pode ter na resposta de *coping* da criança. Nas crianças, o mal-estar pode ser expresso nas brincadeiras e no comportamento, em regressões no desenvolvimento e em comportamento ansioso ou de protesto em alturas de separação e reunião. O mal-estar de separação pode ser predominante em crianças

mais pequenas e o mal-estar social/de identidade e risco para depressão comórbida pode manifestar-se crescentemente em crianças mais velhas e em adolescentes.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. O risco para perturbação de luto complicado persistente é aumentado pela dependência prévia elevada da pessoa falecida e pela morte de um filho. Perturbações no apoio ao cuidador aumentam o risco de luto na criança.

Genéticos e fisiológicos. O risco para a perturbação é aumentado pelo facto de o indivíduo enlutado ser do sexo feminino.

Aspetos de Diagnóstico Relacionadas com a Cultura

Os sintomas da perturbação de luto complicado persistente são observados em vários contextos culturais, mas as respostas de luto podem manifestar-se de formas específicas da cultura. O diagnóstico da perturbação requer que as respostas persistentes e graves vão além das normas culturais das respostas de luto e que não sejam mais bem explicadas por rituais de luto específicos da cultura.

Risco de Suicídio

Indivíduos com perturbação de luto complicado persistente relatam ideação suicida com frequência.

Consequências Funcionais da Perturbação de Luto Complicado Persistente

A perturbação de luto complicado persistente está associada a défices nos funcionamentos ocupacional e social e a comportamentos prejudiciais para a saúde, tais como o aumento do uso de tabaco e álcool. Também está associado a elevações marcadas do risco para condições médicas graves, incluindo doença cardíaca, hipertensão, cancro, deficiência imunológica e qualidade de vida reduzida.

Diagnóstico Diferencial

Luto normal. A perturbação de luto complicado persistente distingue-se do luto normal pela presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses (ou 6 meses em crianças) após a morte do falecido. A perturbação de luto complicado persistente é diagnosticada apenas quando níveis de resposta de luto graves persistem durante pelo menos 12 meses após a morte e interferem com a capacidade de o indivíduo funcionar.

Perturbações depressivas. A perturbação de luto complicado persistente, a perturbação depressiva major e a perturbação depressiva persistente (distimia) partilham tristeza, choro e pensamento suicida. Enquanto a perturbação depressiva major e a perturbação depressiva persistente podem partilhar o humor deprimido com a perturbação de luto complicado persistente, esta última é caracterizada por um foco na perda.

Perturbação de stress pós-traumático. Indivíduos que experienciam luto como resultado de uma morte traumática podem desenvolver perturbação de stress pós-traumático (PTSD) e perturbação de luto complicado persistente. Ambas as condições podem envolver pensamentos intrusivos e de evitamento. Enquanto na PTSD as intrusões se desenvolvem à volta do evento

traumático, na perturbação de luto complicado persistente as memórias intrusivas focam-se em pensamentos sobre vários aspetos da relação com o falecido, incluindo aspetos positivos da relação e mal-estar pela separação. Em indivíduos com o especificador de luto traumático da perturbação de luto complicado persistente, os pensamentos ou sentimentos geradores de mal-estar podem estar mais obviamente relacionados com a forma como ocorreu a morte, com fantasias perturbadoras do que terá acontecido. Tanto a perturbação de luto complicado persistente como a PTSD podem envolver evitamento de lembranças dos acontecimentos perturbadores. Enquanto o evitamento na PTSD é caracterizado pelo evitamento consistente de lembranças internas e externas da experiência traumática, na perturbação de luto complicado persistente há também a preocupação com a perda e saudades do falecido, as quais estão ausentes na PTSD.

Perturbação de ansiedade de separação. A perturbação de ansiedade de separação é caracterizada por ansiedade relativa à separação de figuras de vinculação atuais, enquanto a perturbação de luto complicado persistente envolve mal-estar acerca da separação de um indivíduo falecido.

Comorbilidades

As perturbações comórbidas mais comuns com a perturbação de luto complicado persistente são a perturbação depressiva major, a PTSD e as perturbações de uso de substâncias. A PTSD é mais frequentemente comórbida com a perturbação de luto complicado persistente quando a morte ocorreu em circunstâncias traumáticas ou violentas.

Perturbação de Uso de Cafeína

Critérios Propostos

Um padrão problemático de uso de cafeína que leva a um défice ou mal-estar clinicamente significativos manifestado por pelo menos 3 dos seguintes critérios que ocorrem num período de 12 meses:

1. Desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso de cafeína.
2. Uso continuado de cafeína apesar de saber que se tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela cafeína.
3. Abstinência manifestada por um dos seguintes:
   a. A síndrome de abstinência característica da cafeína.
   b. A cafeína (ou substância intimamente relacionada) é tomada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
4. A cafeína é frequentemente tomada em quantidades maiores ou por períodos mais prolongados do que o pretendido.
5. Uso de cafeína recorrente que resulta num fracasso em cumprir obrigações principais no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, atrasos ou faltas repetidas ao trabalho ou à escola que se relacionam com o uso ou abstinência de cafeína).
6. Uso continuado de cafeína apesar de ter problemas sociais ou interpessoais recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da cafeína (por exemplo, discussões com o cônjuge acerca das consequências do uso, problemas médicos, custo).
7. Tolerância definida por um dos seguintes:
   a. Necessidade de cafeína em quantidades marcadamente aumentadas para atingir o efeito desejado.
   b. Efeito marcadamente diminuído do uso continuado da mesma quantidade de cafeína.

8. É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de cafeína, uso de cafeína ou para recuperar dos seus efeitos.
9. *Craving* ou um forte desejo ou impulso para usar cafeína.

Um diagnóstico de dependência de substância devido a cafeína é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde na ICD-10. Desde a publicação do DSM-IV, em 1994, foi publicado um conjunto considerável de investigação sobre a dependência de cafeína e várias revisões recentes fornecem uma análise atual desta bibliografia. Existe hoje evidência suficiente para garantir a inclusão da perturbação de uso de cafeína como diagnóstico de investigação no DSM-5 de modo a encorajar investigação adicional. O algoritmo de diagnóstico proposto para o estudo da perturbação de uso de cafeína difere dos das outras perturbações de uso de substâncias, refletindo a necessidade de identificar apenas casos que tenham importância clínica suficiente para justificar a definição de uma perturbação mental. O objetivo-chave de incluir a perturbação do uso de cafeína nesta secção do DSM-5 é estimular a investigação que irá determinar a fiabilidade, a validade e a prevalência da perturbação de uso de cafeína, tendo por base o esquema de diagnóstico proposto, com particular atenção à associação do diagnóstico com défices funcionais como parte dos testes de validade.

Os critérios propostos para a perturbação de uso de cafeína refletem a necessidade de um limiar de diagnóstico mais elevado do que o que é usado para outras perturbações de uso de substâncias. Esse limiar pretende prevenir o sobrediagnóstico da perturbação de uso de cafeína devido à habitual taxa elevada de uso diário de cafeína não problemático na população geral.

Características de Diagnóstico

A perturbação de uso de cafeína é caracterizada pelo uso contínuo de cafeína e o fracasso em controlar o uso, apesar de consequências físicas e/ou psicológicas negativas. Num inquérito na população geral, 14% dos utilizadores de cafeína cumpriram critérios de uso apesar do malefício, com a maioria a referir que um médico ou conselheiro o havia aconselhado a parar ou reduzir o uso de cafeína no último ano. Problemas médicos ou psicológicos atribuídos à cafeína incluíram problemas cardíacos, gástricos e urinários, bem como queixas de ansiedade, depressão, insónia, irritabilidade e dificuldade em pensar. No mesmo inquérito, 45% dos utilizadores de cafeína reportaram desejo ou esforços mal sucedidos para controlar o uso de cafeína, 18% reportaram abstinência, 8% reportaram tolerância, 28% usaram mais do que pretendiam e 50% referiram gastar grande quantidade de tempo a usar cafeína. Além disso, 19% reportaram um forte desejo por cafeína ao qual não puderam resistir e menos de 1% reportaram que a cafeína interferiu com as suas atividades sociais.

Entre os que procuraram tratamento para deixar o uso problemático de cafeína, 88% reportaram terem feito tentativas sérias anteriores para modificar o seu uso de cafeína e 43% reportaram terem sido aconselhados por um profissional médico a reduzir ou eliminar a cafeína. Noventa e três porcento apresentaram sinais ou sintomas que cumpriam os critérios do DSM-IV para dependência de cafeína, sendo os critérios mais frequentemente cumpridos a abstinência (96%), desejo persistente ou esforços mal sucedidos para controlar o uso (89%) e uso apesar de conhecer os problemas físicos ou psicológicos causados pela cafeína (87%). As razões mais comuns para querer modificar o uso de cafeína foram relacionados com saúde (59%) e o desejo de não ser dependente de cafeína (35%).

A discussão do DSM-5 sobre abstinência de cafeína do capítulo «Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas» da Secção II fornece informação sobre as características dos critérios da abstinência. Está bem documentado que utilizadores habituais de cafeína podem experienciar uma síndrome de abstinência bem definida após abstinência aguda de cafeína e que muitos indivíduos dependentes de cafeína reportam um uso continuado de cafeína para evitar os sintomas de abstinência.

Prevalência

A prevalência da perturbação de uso de cafeína na população geral não é clara. Com base nos 7 critérios genéricos do DSM-IV-TR para dependência, 30% dos consumidores atuais de cafeína podem ter cumprido critérios do DSM-IV para o diagnóstico de dependência de cafeína, com preenchimento de 3 ou mais critérios durante o último ano. Quando apenas 4 dos 7 critérios (os 3 critérios primários acima propostos mais tolerância) são usados, a prevalência parece baixar para 9%. Assim, a prevalência esperada da perturbação de uso de cafeína entre utilizadores regulares de cafeína é provavelmente inferior a 9%. Dado que aproximadamente 75%-80% da população geral usa cafeína regularmente, a prevalência estimada seria inferior a 7%. Entre os consumidores regulares de cafeína em maior risco para problemas ligados ao uso (por exemplo, estudantes, indivíduos em tratamento por drogas e indivíduos em clínicas de dor com história recente de mau uso de álcool ou droga ilícita), cerca de 20% podem ter um padrão de uso que cumpre todos os 3 critérios propostos no Critério A.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos cujo padrão de uso cumpriu critérios para perturbação de uso de cafeína mostraram um largo espectro de consumo de cafeína diário e foram consumidores de vários tipos de produtos com cafeína (por exemplo, café, refrigerantes, chá) e medicamentos. Um diagnóstico de perturbação de uso de cafeína mostrou ser prospetivamente preditor de incidência aumentada de estimulação por cafeína e abstinência mais grave.

Não foram feitos estudos longitudinais ou transversais sobre a perturbação de uso de cafeína. A perturbação de uso de cafeína foi identificada tanto em adolescentes como em adultos. As taxas de consumo de cafeína e o nível global de consumo de cafeína tendem a aumentar com a idade até cerca dos 30 anos e depois a estabilizar. Desconhecem-se fatores para a perturbação de uso de cafeína relacionados com a idade, apesar de estar a aumentar a preocupação relacionada com o consumo excessivo de cafeína entre adolescentes e adultos jovens através do uso de bebidas energéticas com cafeína.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A hereditariedade de uso pesado de cafeína, tolerância a cafeína e abstinência de cafeína varia entre 35% e 77%. Para o uso de cafeína, uso de álcool e tabaco, um fator genético comum (uso de múltiplas substâncias) está subjacente ao uso destas 3 substâncias, com 28%-41% dos efeitos transmissíveis do uso de cafeína (ou uso pesado) partilhados com álcool e tabaco. As perturbações de uso de cafeína e tabaco estão associadas e são substancialmente influenciadas por fatores genéticos únicos a estas drogas ilícitas. A magnitude da hereditariedade dos marcadores de perturbação de uso de cafeína parece ser semelhante à dos marcadores das perturbações de uso de álcool e tabaco.

Consequências Funcionais da Perturbação de Uso de Cafeína

A perturbação de uso de cafeína pode prever um uso aumentado de cafeína durante a gravidez. A abstinência de cafeína, uma característica-chave da perturbação de uso de cafeína, mostrou produzir défices funcionais nas atividades diárias normais. A intoxicação por cafeína pode incluir sintomas como náuseas ou vómitos, bem como défices em atividades normais. Disrupções significativas nas atividades diárias normais podem ocorrer durante a abstinência de cafeína.

Diagnóstico Diferencial

Uso não problemático de cafeína. Pode ser difícil fazer a distinção entre o uso não problemático de cafeína e a perturbação de uso de cafeína, uma vez que os problemas sociais, comportamentais ou psicológicos podem ser difíceis de atribuir à substância, em especial no contexto do uso de outras substâncias. O uso pesado regular de cafeína que pode resultar em tolerância e abstinência é relativamente comum, pelo que, por si só, pode não ser suficiente para se fazer um diagnóstico.

Uso de outros estimulantes. Problemas relacionados com o uso de outros medicamentos ou substâncias estimulantes podem aproximar-se das características da perturbação de uso de cafeína.

Perturbações de ansiedade. O uso pesado crónico de cafeína pode mimetizar a perturbação de ansiedade generalizada e o consumo agudo de cafeína pode produzir e mimetizar ataques de pânico.

Comorbilidades

Podem existir comorbilidades entre a perturbação de uso de cafeína e o fumo de tabaco diário, uma história familiar ou pessoal de perturbação de uso de álcool. As características da perturbação de uso de cafeína (por exemplo, tolerância, abstinência de cafeína) podem estar positivamente associadas a vários diagnósticos: depressão major, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação antissocial da personalidade do adulto e perturbações de uso de álcool, *Cannabis* e cocaína.

Perturbação de Jogos de Internet

Critérios Propostos

Uso persistente e recorrente da Internet para envolvimento em jogos, com frequência com outros jogadores, que leva a défices ou mal-estar clinicamente significativos indicado por 5 (ou mais) dos seguintes num período de 12 meses:

1. Preocupação com jogos de Internet. (O indivíduo pensa sobre atividades de jogo prévias ou antecipa a realização do próximo jogo; jogar na Internet torna-se a atividade dominante da vida diária.)

   Nota. Esta perturbação é distinta do jogo patológico na Internet, a qual se inclui nas perturbações de jogo patológico.
2. Sintomas de abstinência quando os jogos de Internet são retirados. (Estes sintomas são tipicamente descritos como irritabilidade, ansiedade ou tristeza, mas não há sinais físicos de abstinência farmacológica.)

3. Tolerância – a necessidade de despender quantidades crescentes de tempo envolvido em jogos de Internet.
4. Tentativas mal sucedidas de controlar a participação em jogos de Internet.
5. Perda de interesse em passatempos e atividades de entretenimento prévias resultante de, e com excepção do, uso de jogos de Internet.
6. Uso excessivo continuado de jogos de Internet apesar do conhecimento dos problemas psicossociais.
7. Ter enganado os membros da família, terapeutas ou outros relativamente à quantidade de jogo na Internet.
8. Uso de jogos de Internet para evitar ou aliviar um humor negativo (por exemplo, sentimentos de desesperança, culpa, ansiedade).
9. Ter arriscado ou perdido uma relação significativa, emprego ou oportunidades educacionais ou de carreira devido à participação em jogos de Internet.

Nota. Apenas os jogos de Internet que não implicam apostas são incluídos nesta perturbação. O uso de Internet para atividades requeridas num negócio ou profissão não está incluído; a perturbação também não pretende incluir outros usos recreativos ou sociais da Internet. De forma semelhante, sítios sexuais da Internet são excluídos.

Especificar gravidade atual:

A perturbação de jogos de Internet pode ser ligeira, moderada ou grave dependendo do grau de disrupção das atividades normais. Indivíduos com perturbação de jogos de Internet menos grave podem exibir menos sintomas e menor disrupção das suas vidas. Os que apresentam uma perturbação de jogos de Internet grave terão mais horas gastas no computador e uma perda mais grave das relações ou oportunidades escolares ou de carreira.

Subtipos

Até à data, não existem subtipos bem estudados de perturbação de jogos de Internet. A perturbação de jogos de Internet envolve, com maior frequência, jogos de Internet específicos, mas pode também envolver jogos de computador que não sejam da Internet, apesar de estes serem menos estudados. É provável que os jogos preferidos variem ao longo do tempo à medida que novos jogos sejam desenvolvidos e se popularizem, não sendo claro se os comportamentos e consequências associados à perturbação de jogos de Internet variam com o tipo de jogo.

Características de Diagnóstico

O jogo patológico é atualmente a única perturbação não relacionada com substâncias proposta para inclusão nas perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas do DSM-5. No entanto, há outras perturbações comportamentais que mostram algumas semelhanças com as perturbações de uso de substâncias e com jogo patológico para as quais a palavra *adição* é comummente usada em contextos não médicos e a única condição com investigação mais considerável é o jogo compulsivo de jogos de Internet. Foi relatado que os jogos de Internet foram definidos como uma «adição» pelo governo chinês e que foi criado um sistema de tratamento. Relatos de tratamentos desta condição foram publicados em revistas médicas, maioritariamente de países asiáticos e alguns nos EUA.

O grupo de trabalho do DSM-5 reviu mais de 240 artigos e encontrou algumas semelhanças comportamentais da perturbação de jogos de Internet com o jogo patológico e o uso de substâncias. A literatura apresenta, no entanto, uma falha na definição padronizada da qual

derivam os dados de prevalência. Está também em falta uma compreensão da história natural dos casos, com ou sem tratamento. A literatura descreve muitas semelhanças subjacentes às adições a substâncias, incluindo aspetos de tolerância, abstinência, tentativas mal sucedidas repetidas para reduzir ou parar, e défices no funcionamento normal. Além disso, as taxas de prevalência aparentemente altas, não só em países asiáticos como, em menor escala, no Ocidente, justificaram a inclusão desta perturbação na Secção III do DSM-5.

A perturbação de jogos de Internet tem uma importância significativa para a saúde pública e a investigação adicional pode eventualmente levar à evidência de que a perturbação de jogos de Internet (também em regra referida como *perturbação de uso de Internet*, *adição à Internet*, ou *adição a jogos*) merece ser considerada uma perturbação independente. Como acontece com o jogo patológico, devem ser realizados estudos epidemiológicos para determinar a prevalência, o curso clínico, a influência genética possível e fatores biológicos potenciais com base, por exemplo, em dados de imagiologia cerebral.

A perturbação de jogos de Internet é um padrão de jogo na Internet excessivo e prolongado que resulta num conjunto de sintomas cognitivos e comportamentais, incluindo perda de controlo progressiva sobre o ato de jogar, tolerância e sintomas de abstinência, análogos aos sintomas das perturbações de uso de substâncias. Como acontece com as perturbações de uso de substâncias, indivíduos com perturbação de jogos de Internet continuam a sentar-se ao computador e a iniciar atividades de jogo apesar de negligenciarem outras atividades. Tipicamente devotam a esta atividade 8-10 ou mais horas por dia e pelo menos 30 horas por semana. Se forem impedidos de usar um computador e de voltar a jogar, tornam-se agitados e zangados. Passam muitas vezes longos períodos sem comer ou dormir. Obrigações normais como a escola ou o trabalho, ou obrigações familiares são negligenciadas. Esta condição está separada do jogo patológico envolvendo a Internet, uma vez que não existe dinheiro em risco.

A característica essencial da perturbação de jogos de Internet é a participação persistente e recorrente em jogos de computador, tipicamente jogos de grupo, durante muitas horas. Estes jogos envolvem competição entre grupos de jogadores (com frequência de diferentes regiões do globo, pelo que a duração do jogo é encorajada pela independência dos fusos horários) que participam em atividades estruturadas complexas que incluem um aspeto de interação social significativo durante o jogo. Os aspetos de equipa parecem ser a motivação central. Há uma forte resistência a tentativas para direcionar o indivíduo para a escola ou atividades interpessoais. Assim, os objetivos pessoais, familiares ou vocacionais são negligenciados. Quando se questiona os indivíduos sobre as razões para o uso do computador, as mais frequentes são «para evitar o tédio» em vez de comunicar ou procurar informação.

A descrição de critérios relacionados com esta condição é adaptada de um estudo realizado na China. Até os critérios otimizados e o limiar para o diagnóstico serem determinados empiricamente, devem ser usadas definições conservadoras, de forma a que o diagnóstico seja considerado quando se preenchem 5 ou mais dos 9 critérios.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

Não foram identificados tipos consistentes de personalidade associados à perturbação de jogos de Internet. Alguns autores descrevem diagnósticos associados, como perturbações depressivas, perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) ou perturbação obsessivo-compulsiva (POC). Indivíduos com jogo compulsivo na Internet demonstraram ativação cerebral de regiões específicas desencadeada pela exposição a jogos da Internet, mas não limitada a estruturas do sistema de recompensa.

Prevalência

A prevalência da perturbação de jogos de Internet não é clara pela variabilidade dos questionários, critérios e limiares aplicados, mas parece ser superior em países asiáticos e em adolescentes do sexo masculino de 12-20 anos. Existem muitos relatos de países asiáticos, especialmente da China e da Coreia do Sul, mas menos da Europa e da América do Norte, pelo que as previsões de prevalência são altamente variáveis. A prevalência pontual em adolescentes (idades dos 15-19 anos), num estudo asiático que usou um limiar de 5 critérios, foi de 8,4% para indivíduos do sexo masculino e de 4,5% para indivíduos do sexo feminino.

Fatores de Risco e de Prognóstico

Ambientais. A disponibilidade de um computador com ligação à Internet permite o acesso ao tipo de jogos aos quais a perturbação de jogos de Internet é com maior frequência associada.

Genéticos e psicológicos. Os adolescentes do sexo masculino parecem ter um risco mais elevado para desenvolver perturbação de jogos de Internet e especulou-se que o ambiente asiático e/ou a base genética são outro fator de risco, embora estas ideias ainda não estejam esclarecidas.

Consequências Funcionais da Perturbação de Jogos de Internet

A perturbação de jogos de Internet pode levar a fracasso escolar, perda de emprego ou fracasso do casamento. Os comportamentos de jogo compulsivo tendem a excluir atividades sociais, escolares e familiares. Os estudantes podem mostrar graus de declínio e eventualmente fracasso escolar. As responsabilidades familiares podem ser negligenciadas.

Diagnóstico Diferencial

O uso excessivo da Internet que não envolva jogos *online* (por exemplo, uso excessivo de redes sociais, como o Facebook; ver pornografia *online*) não é considerado análogo da perturbação de jogos de Internet, sendo necessária investigação futura sobre outras formas de utilização excessiva da Internet para que se sigam orientações semelhantes às que são aqui sugeridas. Jogo patológico *online* pode ser qualificado como um diagnóstico separado de jogo patológico.

Comorbilidades

Pode existir negligência da própria saúde devida ao jogo compulsivo. Outros diagnósticos que podem estar associados à perturbação de jogos de Internet incluem perturbação depressiva major, PHDA e POC.

Perturbação Neurocomportamental Associada à Exposição Pré-Natal ao Álcool

Critérios Propostos

A. Exposição ao álcool, durante a gestação, superior à mínima, incluindo anterior à identificação da gravidez. A confirmação da exposição ao álcool na gestação pode ser obtida a partir do relato de uso de álcool durante a gravidez pela própria mãe, registos médicos ou outros, ou pela observação clínica.

B. Défice do funcionamento neurocognitivo manifestado por 1 ou mais dos seguintes:
   1. Défices no desempenho intelectual global (isto é, QI de 70 ou inferior ou uma pontuação-padrão de 70 ou inferior numa avaliação abrangente do desenvolvimento).
   2. Défices no funcionamento executivo (por exemplo, planeamento e organização pobres; inflexibilidade; dificuldade com inibição do comportamento).
   3. Défices na aprendizagem (por exemplo, sucesso académico abaixo do esperado para o nível intelectual; incapacidade de aprendizagem específica).
   4. Défices da memória (por exemplo, problemas em recordar informação aprendida recentemente; cometer repetidamente os mesmos erros; dificuldade em recordar instruções verbais longas).
   5. Comprometimento na orientação visuoespacial (por exemplo, desenhos ou construções desorganizadas ou mal planeadas; problemas na diferenciação entre esquerda e direita).
C. Autorregulação comprometida manifestada por 1 ou mais dos seguintes:
   1. Comprometimento na regulação do humor ou comportamento (por exemplo, labilidade do humor; afetos negativos ou irritabilidade; explosões comportamentais frequentes).
   2. Défice de atenção (por exemplo, dificuldade em deslocar a atenção; dificuldade em manter o esforço mental).
   3. Comprometimento no controlo dos impulsos (por exemplo, dificuldade em esperar a sua vez; dificuldade em cumprir regras).
D. Défice nas funções adaptativas manifestado por 2 ou mais dos seguintes, um dos quais deve ser (1) ou (2):
   1. Défice de comunicação (por exemplo, aquisição tardia de linguagem; dificuldade na compreensão da linguagem falada).
   2. Défice na comunicação e interação sociais (por exemplo, abertamente amigável com estranhos; dificuldade na leitura de pistas sociais; dificuldade na compreensão de consequências sociais).
   3. Défices nas competências da vida diária (por exemplo, higiene ou alimentação atrasados; dificuldades em gerir horários diários).
   4. Défices nas habilidades motoras (por exemplo, desenvolvimento motor fino pobre; atingimento atrasado de marcos motores principais ou défices permanentes em funções motoras grosseiras; défice da coordenação e do equilíbrio).
E. O início da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) ocorre na infância.
F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, académico, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
G. A perturbação não é mais bem explicada pelos efeitos fisiológicos diretos associados ao uso pós-natal de uma substância (por exemplo, medicamento, álcool ou outras drogas), uma condição médica geral (por exemplo, lesão cerebral traumática, *delirium*, demência), outros teratógenos conhecidos (por exemplo, síndrome fetal da hidantoína), uma condição genética (por exemplo, síndrome de Williams, síndrome de Down, síndrome de Cornelia de Lange) ou negligência ambiental.

O álcool é um teratógeno neurocomportamental e a exposição pré-natal ao álcool tem efeitos teratogénicos no desenvolvimento e subsequentemente na função do sistema nervoso central (SNC). A perturbação neurocomportamental associada à exposição pré-natal ao álcool (PN-EPA) é um novo termo clarificador com o objetivo de incluir o espectro completo de incapacidades do desenvolvimento associadas à exposição *in utero* ao álcool.

As orientações diagnósticas atuais permitem que a PN-EPA seja diagnosticada tanto na ausência como na presença de efeitos físicos da exposição pré-natal ao álcool (por exemplo, a dismorfia facial requerida para um diagnóstico de síndrome fetal alcoólica).

Características de Diagnóstico

As características essenciais da PN-EPA são as manifestações dos défices no funcionamento neurocognitivo, comportamental e adaptativo associado à exposição pré-natal ao álcool. Os défices podem ser documentados com base em avaliações diagnósticas passadas (por exemplo, avaliações psicológicas ou educacionais) ou relatos médicos, do próprio indivíduo ou de informadores e/ou pela observação por um clínico.

Um diagnóstico clínico de síndrome fetal alcoólica, incluindo a dismorfologia facial e o atraso de crescimento especificamente relacionados com o álcool pré-natal, pode ser usado como evidência de níveis significativos de exposição pré-natal ao álcool. Apesar de os estudos em humanos e em animais terem documentado a existência de efeitos adversos relacionados com níveis baixos de consumo alcoólico, continua a ser um desafio identificar qual é a quantidade necessária de exposição pré-natal para que se verifique um impacte significativo no neurodesenvolvimento. Os dados sugerem que pode ser necessária uma história de exposição gestacional mais do que mínima (por exemplo, mais do que consumo leve) anterior à identificação da gravidez e/ou após a identificação da gravidez. Consumo leve é definido como 1-13 bebidas por mês durante a gravidez, com não mais do que 2 bebidas consumidas em qualquer uma das ocasiões de consumo. Identificar um limiar mínimo de consumo durante a gravidez requer que se considere uma variedade de fatores que se sabe afetarem a exposição e/ou interagirem para influenciar o resultado do desenvolvimento, incluindo o estado de desenvolvimento pré-natal, o consumo gestacional de tabaco, a genética fetal e materna e o estado físico materno (isto é, idade, saúde e determinados problemas obstétricos).

Os sintomas de PN-EPA incluem défice marcado no desempenho intelectual global (QI) ou défices neurocognitivos em qualquer das seguintes áreas: funcionamento executivo, aprendizagem, memória e/ou orientação visuoespacial. Comprometimentos na autorregulação estão presentes e podem incluir comprometimento do humor e regulação do comportamento, défice de atenção ou comprometimento do controlo dos impulsos. Finalmente, défices no funcionamento adaptativo incluem défices de comunicação e défices na comunicação e interação sociais. Podem estar presentes défices nas competências da vida diária (autocuidados) e nas habilidades motoras. Uma vez que pode ser difícil obter uma avaliação precisa das capacidades neurocognitivas de crianças muito pequenas, é apropriado adiar o diagnóstico em crianças até aos 3 anos.

Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico

As características associadas variam dependendo da idade, do grau de exposição alcoólica e do ambiente do indivíduo. Um indivíduo pode ser diagnosticado com esta perturbação independentemente do contexto económico ou cultural. No entanto, abuso parental contínuo de álcool/substâncias, doença mental parental, exposição a violência doméstica ou comunitária, negligência ou abuso, disrupção nas relações com os cuidadores, múltiplas mudanças de casa e falta de continuidade nos cuidados médicos ou de saúde mental estão com frequência presentes.

Prevalência

As taxas de prevalência da PN-EPA são desconhecidas. No entanto, taxas de prevalência estimada de condições clínicas associadas a exposição pré-natal de álcool são 2%-5% nos EUA.

Desenvolvimento e Curso

Entre indivíduos com exposição pré-natal ao álcool, a evidência de disfunção do SNC varia de acordo com o estádio de desenvolvimento. Apesar de cerca de metade das crianças mais novas com exposição pré-natal ao álcool mostrarem um atraso de desenvolvimento marcado nos primeiros três anos de vida, outras crianças afetadas pela exposição pré-natal ao álcool podem não exibir sinais de disfunção do SNC até à idade pré-escolar ou escolar. Adicionalmente, défices em processos cognitivos superiores (isto é, funcionamento executivo), que estão muitas vezes associados à exposição pré-natal ao álcool, podem ser mais facilmente avaliados em crianças mais velhas. Quando as crianças chegam à idade escolar, as dificuldades de aprendizagem, défices na função executiva e problemas com funções de linguagem integrativa emergem em regra mais claramente e tanto défices nas competências sociais como um comportamento desafiador podem tornar-se mais evidentes. Por estes motivos, os anos escolares representam as idades nas quais um diagnóstico de PN-EPA é mais provável.

Risco de Suicídio

O suicídio é um prognóstico de alto risco, com taxas a aumentar significativamente na adolescência tardia e no início da idade adulta.

Consequências Funcionais da Perturbação Neurocomportamental Associada à Exposição Pré-Natal ao Álcool

A disfunção do SNC observada em indivíduos com PN-EPA leva com frequência a decréscimos no comportamento adaptativo e a comportamentos desadaptativos com consequências vitalícias. Os indivíduos afetados pela exposição pré-natal ao álcool têm uma prevalência mais elevada de experiências escolares disruptivas, maus resultados laborais, problemas com a lei, reclusão (legal ou psiquiátrica) e condições de vida dependentes.

Diagnóstico Diferencial

Perturbações atribuíveis aos efeitos fisiológicos associados ao uso pós-natal de uma substância, outra condição médica ou negligência ambiental. Outras considerações incluem os efeitos fisiológicos do uso pós-natal de substâncias, como medicamentos, álcool ou outras substâncias; perturbações devidas a outra condição médica, como lesão cerebral traumática ou outra perturbação neurocognitiva (por exemplo, *delirium*, perturbação neurocognitiva major [demência]); ou negligência ambiental.

Condições genéticas e teratogénicas. Condições genéticas como síndrome de William, síndrome de Down ou síndrome de Cornelia de Lange e outras condições teratogénicas, como síndrome fetal da hidantoína e fenilcetonúria materna, podem ter características físicas e comportamentais semelhantes. Uma revisão cuidadosa da história de exposição pré-natal é necessária para clarificar o agente teratogénico, podendo ser necessária uma avaliação pelo clínico de modo a distinguir características físicas associadas a estas e a outras condições genéticas.

Comorbilidades

Foram identificados problemas de saúde mental em mais de 90% dos indivíduos com história de exposição alcoólica pré-natal significativa. O diagnóstico comórbido mais comum é a perturbação de hiperatividade/défice de atenção, mas a investigação mostrou que indivíduos com PN-EPA diferem nas características neuropsicológicas e na sua resposta a intervenções farmacológicas. Outras perturbações com alta probabilidade de coocorrência incluem a perturbação desafiante de oposição e a perturbação do comportamento, mas a adequação destes diagnósticos deve ser pesada no contexto dos défices significativos no funcionamento intelectual global e executivo que estão com frequência associados à exposição pré-natal ao álcool. Foram descritos sintomas afetivos, incluindo sintomas de perturbação bipolar e de perturbações depressivas. A história de exposição alcoólica pré-natal está associada a um risco aumentado para perturbações mais tardias de uso de tabaco, álcool e de outras substâncias.

Perturbação de Comportamento Suicidário

Critérios Propostos

A. Nos últimos 24 meses, o indivíduo fez uma tentativa de suicídio.
   Nota. Uma tentativa de suicídio é uma sequência de comportamentos autoiniciados por um indivíduo que, no momento de iniciação, esperava que o conjunto de ações levasse à sua própria morte. (O «momento de iniciação» é a altura em que teve lugar um comportamento envolvendo a aplicação de um método.)
B. O ato não cumpre critérios para autolesão não suicida – isto é, não envolve autolesão dirigida à superfície do corpo levada a cabo para induzir alívio de sentimentos negativos/estado cognitivo ou para alcançar um estádio de humor positivo.
C. O diagnóstico não é aplicado a ideação suicida ou a atos preparatórios.
D. O ato não foi iniciado durante um estado de *delirium* ou confusão.
E. O ato não foi realizado apenas com objetivos políticos ou religiosos.

Especificar se:

Atual. Não mais do que 12 meses desde a última tentativa.
Em remissão precoce. Decorreram 12-24 meses desde a última tentativa.

Especificadores

O comportamento suicidário é muitas vezes categorizado em termos da violência do método. Em geral, *overdoses* com substâncias legais ou ilegais são consideradas um método não violento, enquanto defenestração, autolesão com arma de fogo, entre outros métodos, são consideradas violentas. Outra dimensão para a classificação é a das consequências médicas do comportamento, com as tentativas de elevada letalidade sendo definidas como as que requerem hospitalização médica além da ida a um serviço de urgência. Uma dimensão adicional a considerar inclui o grau de planeamento *versus* impulsividade da tentativa, uma característica que pode ter consequências para o prognóstico médico da tentativa de suicídio.

Se o comportamento suicidário tiver ocorrido 12-24 meses antes da avaliação, considera-se que a condição está em remissão precoce. Os indivíduos mantêm risco elevado para

tentativas de suicídio subsequentes e morte nos 24 meses após uma tentativa de suicídio e o período de 12-24 meses após o comportamento ter tido lugar é especificado como «remissão precoce».

Características de Diagnóstico

A manifestação essencial da perturbação de comportamento suicidário é a tentativa de suicídio. Uma *tentativa de suicídio* é um comportamento que o indivíduo levou a cabo com pelo menos alguma intenção de morrer. O comportamento pode levar ou não a lesão ou consequências médicas sérias. Vários fatores podem influenciar as consequências médicas da tentativa de suicídio, incluindo mau planeamento, falta de conhecimento sobre a letalidade do método escolhido, baixa intencionalidade ou ambivalência ou oportunidade de intervenção de outros após o comportamento ter sido iniciado. Isto não deve ser considerado quando se atribui o diagnóstico.

Determinar o grau de intencionalidade pode ser um desafio. Os indivíduos podem não admitir a intenção, especialmente em situações nas quais fazê-lo possa resultar em hospitalização ou causar mal-estar nos entes queridos. Marcadores de risco incluem o grau de planeamento, incluindo a escolha do momento e o local para minimizar o salvamento ou a interrupção; o estado mental do indivíduo no momento do comportamento, sendo a agitação aguda especialmente preocupante; alta recente de unidades de internamento; ou descontinuação recente de um estabilizador do humor como o lítio ou de um antipsicótico como a clozapina, no caso da esquizofrenia. Exemplos de «gatilhos» ambientais incluem o conhecimento recente de um diagnóstico médico potencialmente fatal, como cancro, a experiência de uma perda súbita e inesperada de um familiar ou parceiro próximo, perda de emprego ou mudança de casa. Reciprocamente, características como falar a outros de acontecimentos futuros ou a preparação para assinar um contrato com uma seguradora são indicadores menos fiáveis.

Para que os critérios sejam cumpridos, o indivíduo tem de ter levado à prática pelo menos uma tentativa de suicídio. As tentativas de suicídio podem incluir comportamentos nos quais, depois de iniciar a tentativa de suicídio, o indivíduo mudou de ideias ou alguém interveio. Por exemplo, um indivíduo pode ter ingerido uma dada quantidade de medicamentos ou veneno, mas parar ou ser parado por alguém antes de ingerir a quantidade total. Se o indivíduo é dissuadido por outro ou mudar de ideias antes de iniciar o comportamento, o diagnóstico não deve ser feito. O ato não pode cumprir critérios para autolesão não suicida – isto é, não deve envolver episódios autolesivos repetidos (pelo menos 5 vezes nos últimos 12 meses) levados a cabo para induzir alívio de um sentimento negativo/estado cognitivo ou alcançar um estado de humor positivo. O ato não deve ter sido iniciado durante um estado de *delirium* ou confusão. Se o indivíduo se intoxicou deliberadamente antes de iniciar o comportamento, para reduzir a ansiedade antecipatória e para minimizar a interferência com o comportamento pretendido, o diagnóstico deve ser feito.

Desenvolvimento e Curso

O comportamento suicidário pode ocorrer em qualquer altura da vida, mas raramente é visto em crianças com idade inferior a 5 anos. Em crianças pré-púberes, o comportamento consistirá com frequência num comportamento (por exemplo, sentar-se num parapeito) que os pais proibiram pelo risco de acidente. Cerca de 25%-30% dos indivíduos que tentam o suicídio irão fazer mais tentativas. Existe uma variabilidade significativa em termos de frequência,

método e letalidade das tentativas. No entanto, isto não é diferente do que se observa noutras perturbações, como a perturbação depressiva major, na qual a frequência do episódio, o subtipo de episódio e o comprometimento num dado episódio podem variar significativamente.

Aspetos de Diagnóstico Relacionados com a Cultura

Os comportamentos suicidários variam em frequência e forma de acordo com as culturas. Diferenças culturais podem ser devidas à disponibilidade do método (por exemplo, envenenamento com pesticidas em países em desenvolvimento; armas de fogo no Sudoeste dos EUA) ou a presença de síndromes culturais específicas (por exemplo, *ataques de nervios*, que nalguns grupos latinos podem levar a comportamentos que se assemelham muito a tentativas de suicídio ou que podem facilitar tentativas de suicídio).

Marcadores de Diagnóstico

Anomalias laboratoriais consequentes à tentativa de suicídio são com frequência evidentes. O comportamento suicidário que leva a perda sanguínea pode ser acompanhado de anemia, hipotensão ou choque. As *overdoses* podem levar a coma ou obnubilação e a anomalias laboratoriais associadas, tais como desequilíbrios hidroeletrolíticos.

Consequências Funcionais da Perturbação de Comportamento Suicidário

Condições médicas (por exemplo, lacerações ou trauma ósseo, instabilidade cardiopulmonar, inalação de vómito e sufocação, falência hepática consequente ao uso de paracetamol) podem ocorrer como consequência de comportamento suicidário.

Comorbilidades

O comportamento suicidário é visto no contexto de várias perturbações mentais, o mais das vezes perturbação bipolar, perturbação depressiva major, esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbações de ansiedade (em particular perturbações de pânico associadas a conteúdo catastrófico e *flashbacks* na PTSD), perturbação de uso de substância (sobretudo perturbação de uso de álcool), perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, perturbação antissocial da personalidade, perturbações alimentares e perturbações de ajustamento. Raramente se manifesta em indivíduos sem patologia discernível, a não ser que aconteça por causa de uma condição médica dolorosa com a intenção de atrair a atenção para martírio por razões políticas ou religiosas, ou em parceiros com um pacto suicida, os quais são excluídos deste diagnóstico, ou quando terceiros tentam esconder a natureza do comportamento.

Autolesão Não Suicida

Critérios Propostos

A. No último ano, o indivíduo produziu, em 5 ou mais dias, lesões autoinfligidas intencionais na sua superfície corporal, de um modo com probabilidade de induzir hemorragia, escoriação ou dor (por exemplo, cortar, queimar, esfaquear, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão leve apenas a lesão física ligeira ou moderada (isto é, não existe intenção suicida).

Nota. A ausência de intenção suicida foi referida pelo indivíduo ou pode ser inferida pela realização repetida de comportamentos que o indivíduo sabe, ou aprendeu, não resultarem provavelmente em morte.

B. O indivíduo inicia o comportamento autolesivo com 1 ou mais das seguintes expectativas:
   1. Obter alívio de um sentimento ou estado cognitivo negativo.
   2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
   3. Induzir um estado de sentimentos positivos.

   Nota. O alívio ou a resposta desejados são experienciados durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode demonstrar padrões de comportamento que sugerem uma dependência na realização repetida dos mesmos.

C. A autolesão intencional está associada a pelo menos 1 dos seguintes:
   1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, como depressão, ansiedade, tensão, raiva, mal-estar generalizado ou autocriticismo, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato autolesivo.
   2. Um período de preocupação difícil de controlar com o comportamento pretendido antes de iniciar o ato.
   3. Pensamentos sobre a autolesão que ocorrem com frequência, mesmo quando não há passagem ao ato.

D. O comportamento não é socialmente aceite (por exemplo, *body piercing*, tatuagens, parte de um ritual religioso ou cultural) e não se restringe a arrancar uma crosta de ferida ou a roer as unhas.

E. O comportamento ou suas consequências causam mal-estar clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, académico ou noutras áreas importantes do funcionamento.

F. O comportamento não acontece apenas durante episódios psicóticos, *delirium*, intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias. Em indivíduos com uma perturbação do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte do padrão de estereotipias repetitivas. O comportamento não é mais bem explicado por outra perturbação mental ou condição médica (por exemplo, perturbação psicótica, perturbação do espectro do autismo, incapacidade intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, perturbação de movimentos estereotipados com autolesão, tricotilomania, perturbação de escoriação).

Características de Diagnóstico

A característica essencial da autolesão não suicida consiste em o indivíduo infligir repetidamente feridas superficiais, porém dolorosas, na sua superfície corporal. Mais comummente, o objetivo é reduzir emoções negativas, tais como tensão, ansiedade e autorrecriminação e/ou para resolver uma dificuldade interpessoal. Nalguns casos, a lesão é entendida como uma autopunição merecida. O indivíduo reportará com frequência uma sensação imediata de alívio que ocorre durante o processo. Quando o comportamento ocorre frequentemente, pode ser associado a um sentido de urgência e *craving*, resultando num padrão de comportamento semelhante ao de uma adição. As feridas infligidas podem tornar-se mais profundas e mais numerosas.

A lesão é com maior frequência infligida com uma faca, uma agulha, uma lâmina ou outro objeto afiado. As áreas comuns de lesão incluem a área frontal das coxas e a face dorsal do antebraço. Uma única sessão de mutilação pode envolver uma série de cortes superficiais

e paralelos – separados por 1-2 cm – numa localização visível ou acessível. Os cortes resultantes irão com frequência sangrar e eventualmente deixar um padrão cicatricial característico.

Outros métodos usados incluem picar ou esfaquear uma zona, com maior frequência o braço, com uma agulha ou faca afiada e pontiaguda; infligir uma queimadura superficial com uma ponta de cigarro; ou queimar pele esfregando repetidamente com uma borracha. A realização de autolesões não suicidas com múltiplos métodos está associada a psicopatologia mais grave, incluindo envolvimento em tentativas de suicídio.

A grande maioria dos indivíduos que se envolve em autolesões não suicidas não procura atenção clínica. Desconhece-se se tal facto reflete a frequência de envolvimento na perturbação, uma vez que relatos precisos são vistos como estigmatizantes, ou porque os comportamentos são experienciados positivamente pelo indivíduo que os realiza e que está desmotivado para receber tratamento. Crianças pequenas podem experimentar estes comportamentos, mas não experienciar alívio. Nesses casos, os jovens muitas vezes relatam que o procedimento é doloroso ou gerador de mal-estar e podem em seguida descontinuar a prática.

Desenvolvimento e Curso

A autolesão não suicida inicia-se muitas vezes na adolescência precoce e pode continuar por muitos anos. O internamento hospitalar por autolesão não suicida atinge o pico aos 20-29 anos e depois declina. No entanto, a investigação que examinou a idade de hospitalização não proporcionou informação sobre a idade de início dos comportamentos, sendo necessária investigação prospetiva para determinar a história natural da autolesão não suicida e os fatores que promovem ou inibem o seu curso. Frequentemente, os indivíduos aprendem o comportamento após recomendação ou observação de outro. A investigação mostrou que quando um indivíduo que realiza autolesão não suicida é admitido numa unidade de internamento, outros indivíduos podem também iniciar esses comportamentos.

Fatores de Risco e de Prognóstico

As taxas de prevalência nos sexos masculino e feminino da autolesão não suicida são mais próximas entre si do que na perturbação de comportamento suicidário, na qual a razão é de cerca de 3:1 ou 4:1.

Foram propostas duas teorias de psicopatologia, com base em análises funcionais do comportamento: na primeira, baseada na teoria da aprendizagem, tanto o reforço positivo como o negativo mantêm o comportamento. O reforço positivo pode resultar de punição a si próprio de forma a que o indivíduo sinta que é merecida, com o comportamento a induzir um estado agradável e relaxado ou a gerar atenção e ajuda de outras pessoas significativas, ou como uma expressão de raiva. O reforço negativo resulta de uma regulação afetiva e da redução de emoções desagradáveis ou evitamento de pensamentos geradores de mal-estar, incluindo pensamentos sobre suicídio. Na segunda teoria, considera-se que a autolesão não suicida é uma forma de autopunição, na qual as ações autopunitivas são iniciadas para se sobreporem a atos que causariam mal-estar ou prejuízo aos outros.

Consequências Funcionais de Autolesão Não Suicida

O ato de cortar pode ser desempenhado com instrumentos partilhados, aumentando a possibilidade de transmissão sanguínea de doenças.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Como indicado, a autolesão não suicida foi por muito tempo vista como um «sintoma» de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, apesar de avaliações clínicas abrangentes terem mostrado que a maioria dos indivíduos com autolesão não suicida tem sintomas que também cumprem critérios de outros diagnósticos, sendo sobretudo comuns as perturbações alimentares e as perturbações de uso de substâncias. Historicamente, a autolesão não suicida foi vista como patognomónica de perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade. Ambas as condições estão associadas a vários outros diagnósticos. Apesar de muitas vezes associadas, a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade não é encontrada invariavelmente em indivíduos com autolesão não suicida. As duas condições diferem em vários aspetos. Os indivíduos com perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade manifestam com frequência comportamentos perturbados agressivos e hostis, enquanto a autolesão não suicida é mais frequentemente associada a fases de proximidade, comportamentos colaborativos e relações positivas. A um nível mais básico, há diferenças no envolvimento de diferentes sistemas de neurotransmissão, mas estas não serão aparentes no exame clínico.

Perturbação de comportamento suicidário. A diferenciação entre a autolesão não suicida e a perturbação de comportamento suicidário baseia-se no facto de o objetivo declarado do comportamento ser um desejo de morrer (perturbação de comportamento suicidário) ou, na autolesão não suicida, para experienciar alívio, tal como é descrito nos critérios. Dependendo das circunstâncias, os indivíduos podem proporcionar relatos de conveniência e vários estudos referem taxas elevadas de falsa intenção declarada. Indivíduos com uma história de episódios frequentes de autolesão não suicida aprenderam que uma sessão de cortes, apesar de dolorosa, é, a curto prazo, largamente benigna. Uma vez que os indivíduos com autolesão não suicida podem e efetivamente tentam e cometem suicídio, é importante verificar a história passada de comportamento suicidário e obter informação de terceiros relativamente a quaisquer alterações recentes do humor e da exposição ao stress. A probabilidade de intenção suicida foi associada ao uso prévio de múltiplos métodos de autolesão.

Num estudo de seguimento de casos de «autolesão» em doentes do sexo masculino tratados num de vários centros de emergência no Reino Unido, indivíduos com autolesão não suicida tiveram uma probabilidade significativamente maior de cometer suicídio do que outros indivíduos adolescentes retirados da mesma coorte. Os estudos que examinaram a relação entre a autolesão não suicida e a perturbação de comportamento suicidário são limitados por serem retrospetivos e falham na obtenção do número verificado de «tentativas» prévias. Uma proporção significativa daqueles que iniciam autolesão não suicida responderam positivamente quando questionados sobre se alguma vez haviam iniciado o comportamento de automutilação com o intuito de morrer. É razoável concluir que a autolesão não suicida, apesar de não representar um elevado risco suicida quando se manifesta pela primeira vez, é uma forma especialmente perigosa de comportamento autolesivo.

Esta conclusão também é apoiada por um estudo multicêntrico de adolescentes deprimidos que tiveram anteriormente ausência de resposta a medicação antidepressiva, o qual notou que aqueles com autolesão não suicida prévia não responderam a terapia cognitivo-comportamental, e por um estudo que mostrou que a autolesão não suicida é um preditor de uso/abuso de substâncias.

Tricotilomania. A tricotilomania é um comportamento lesivo confinado a arrancar o próprio pelo/cabelo, mais frequentemente do couro cabeludo, sobrancelhas e pestanas. O comportamento acontece em «sessões» que podem durar horas. É mais provável que ocorra num período de relaxamento ou distração.

Autolesão estereotipada. A autolesão estereotipada, que pode incluir bater com a cabeça, morder-se ou bater-se, é em regra associada a concentração intensa ou em condições de fraca estimulação externa, podendo estar associada a atrasos do desenvolvimento.

Perturbação de escoriação. A perturbação de escoriação ocorre maioritariamente em pessoas do sexo feminino e é em regra dirigida a escoriar uma área da pele que o indivíduo pense ser feia ou defeituosa, usualmente o couro cabeludo ou a face. Como na autolesão não suicida, o comportamento é com frequência precedido por um impulso e é experienciado como agradável, apesar de o indivíduo perceber que se está a magoar a si próprio. Não está associada ao uso de qualquer instrumento.

Apêndices

Principais Alterações do DSM-IV para o DSM-V 961
Glossário de Termos Técnicos 973
Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar 989
Lista Alfabética de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM 995
Lista Numérica de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-9-CM 1023
Lista Numérica de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-10-CM . . . 1039
Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5 1063

Principais Alterações do DSM-IV para o DSM-5

As alterações feitas aos critérios de diagnóstico e textos do DSM-5 são descritas em traços gerais neste capítulo pela mesma ordem em que aparecem na classificação do DSM-5. Esta descrição abreviada destina-se a orientar os leitores apenas para as mudanças mais significativas de cada categoria de perturbação. Uma descrição alargada de quase todas as alterações (excepto pequenas alterações do texto ou da sua redação necessárias a uma maior clareza) está disponível *online* (www.psychiatry.org/dsm5). Note-se, também, que a Seção I contém uma descrição das alterações relacionadas com a organização dos capítulos no DSM-5, o sistema multiaxial e a introdução de avaliações dimensionais.

Perturbações do Neurodesenvolvimento

O termo *deficiência mental* foi usado no DSM-IV. No entanto, **incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual)** é o termo que entrou no uso comum durante as últimas duas décadas entre médicos, educadores e outros profissionais, bem como entre o público leigo e grupos de juristas. Os critérios de diagnóstico enfatizam a necessidade de se avaliar tanto a capacidade cognitiva (QI), como o funcionamento adaptativo. A gravidade é determinada mais pelo funcionamento adaptativo do que pela pontuação do QI.

As **perturbações de comunicação**, que são renomeadas a partir da perturbação fonológica e da gaguez do DSM-IV, incluem a **perturbação da linguagem** (que combina as previamente denominadas perturbação da linguagem expressiva e perturbação mista da linguagem receptiva-expressiva), a **perturbação do som da fala** (anteriormente perturbação fonológica) e a **perturbação da fluência com início na infância** (previamente gaguez). Foi igualmente incluída a **perturbação de comunicação social (pragmática)**, uma nova condição que envolve dificuldades persistentes nos usos sociais da comunicação verbal e não verbal.

A **perturbação do espectro do autismo** é uma nova perturbação do DSM-5 que engloba as anteriores perturbação autística (autismo), perturbação de Asperger, perturbação desintegrativa da segunda infância, perturbação de Rett e a perturbação global do desenvolvimento SOE do DSM-IV. É caracterizada por défices em 2 domínios nucleares: 1) défices na comunicação social e na interação social e 2) padrões repetitivos restritos de comportamento, interesses e atividades.

Foram feitas diversas alterações aos critérios de diagnóstico para **perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA)**. Acrescentaram-se exemplos aos itens dos critérios para facilitar a sua aplicação ao longo da vida; a descrição da idade de início foi alterada (de «alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou falta de atenção causam défices que surgem antes dos 7 anos» para «diversos sintomas de falta de atenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos»); os tipos foram substituídos por especificadores

de apresentação que refletem diretamente os anteriores subtipos; permite-se agora um diagnóstico comórbido com perturbação do espectro do autismo; e procedeu-se a uma alteração do limiar de sintomas para os adultos, de forma a refletir a evidência substancial de défice clinicamente significativo da PHDA, com um ponto de corte para PHDA de cinco sintomas, em vez dos seis exigidos para pessoas mais novas, quer para falta de atenção quer para hiperatividade e impulsividade.

A **perturbação de aprendizagem específica** combina os diagnósticos de perturbação de leitura, perturbação de cálculo, perturbação de escrita e perturbação de aprendizagem SOE do DSM-IV. Os défices de aprendizagem nas áreas da leitura, expressão escrita e cálculo são codificadas como especificadores separados. O texto tem em conta que os tipos específicos de défices de leitura são descritos internacionalmente de várias formas como *dislexia* e que os tipos específicos de défices de cálculo o são como *discalculia.*

As **perturbações motoras** seguintes são incluídas no DSM-5: perturbação do desenvolvimento da coordenação, perturbação de movimentos estereotipados, perturbação de Tourette, perturbação persistente (crónica) de tiques motores ou vocais, perturbação de tiques transitória, perturbação de tiques com outra especificação e perturbação de tiques não especificada. Os critérios de tiques foram normalizados em todas as perturbações deste capítulo.

Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas

Foram realizadas duas alterações ao Critério A para **esquizofrenia**: 1) a eliminação da nota relativa às ideias delirantes de caráter bizarro e às alucinações auditivas de primeira ordem de Schneider (por exemplo, 2 ou mais vozes conversando entre si), o que torna a presença de pelo menos 2 sintomas do Critério A um requisito para qualquer diagnóstico de esquizofrenia, e 2) a adição do requisito de que pelo menos um dos sintomas do Critério A seja a presença de delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Os tipos de esquizofrenia do DSM-IV foram eliminados devido à sua limitada estabilidade diagnóstica, baixa fiabilidade e fraca validade. Em seu lugar, foi incluída na Seção III do DSM-5 uma abordagem dimensional para classificar a gravidade dos sintomas nucleares de esquizofrenia, de forma a captar a heterogeneidade do tipo e gravidade dos sintomas manifestados pelos indivíduos com perturbações psicóticas. A **perturbação esquizoafetiva** é reconceptualizada como um diagnóstico longitudinal em vez de transversal – mais comparável com a esquizofrenia, a perturbação bipolar e a perturbação depressiva major que se relacionam entre si através desta condição – e requer que um episódio depressivo major esteja presente durante a maior parte do tempo da perturbação depois de preenchido o Critério A. O Critério A para **perturbação delirante** já não possui o requisito de que os delírios tenham de ser não bizarros. Um especificador para delírios de tipo bizarro foi agora incluído, proporcionando continuidade com o DSM-IV. Os critérios de **catatonia** são descritos uniformemente ao longo do DSM-5. Assim, a catatonia pode ser diagnosticada com um especificador (para as perturbações depressivas, bipolares e psicóticas, incluindo a esquizofrenia) no contexto de uma condição médica conhecida ou no de um diagnóstico com outra especificação.

Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas

Os critérios de diagnóstico para as **perturbações bipolares** incluem agora alterações quer no humor quer na atividade e energia. O diagnóstico de perturbação bipolar I do DSM-IV, episódios mistos – que exigia que o indivíduo preenchesse simultaneamente todos os critérios

para episódio maníaco e depressivo major – é substituído por um novo especificador «com características mistas». Determinadas condições podem agora ser diagnosticadas como **perturbação bipolar com outra especificação e perturbação relacionada**, incluindo a categorização para indivíduos com uma história passada de perturbação depressiva major cujos sintomas preenchessem todos os critérios para hipomania, exceto se o critério de duração não for cumprido (isto é, o episódio dura apenas 2 ou 3 dias em vez dos 4 ou mais dias consecutivos anteriormente requeridos). Uma segunda condição que constitui uma variante da perturbação bipolar com outra especificação e perturbação relacionada é estarem presentes sintomas de hipomania em número insuficiente para preencher os critérios para síndrome bipolar II completa, apesar de ser suficiente uma duração de 4 ou mais dias consecutivos. Finalmente, quer neste capítulo quer no das «Perturbações Depressivas» é delineado um especificador para angústia ansiosa.

Perturbações Depressivas

Para responder às preocupações sobre o potencial sobrediagnóstico e sobretratamento da perturbação bipolar em crianças, foi incluído um novo diagnóstico, **perturbação de desregulação do humor disruptivo**, para crianças até aos 18 anos que manifestam irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrolo extremo do comportamento. A **perturbação disfórica pré-menstrual** é agora promovida do Apêndice B «Propostas de Categorias Diagnósticas Que Necessitam de Estudo» do DSM-IV para o corpo principal do DSM-5. O que era designado como distimia no DSM-IV integra-se agora na categoria de **perturbação depressiva persistente** que inclui tanto a perturbação depressiva major, como a anterior perturbação distímica. Num **episódio depressivo major**, a coexistência de pelo menos 3 sintomas maníacos (insuficientes para preencherem os critérios para episódio maníaco) é agora reconhecida pelo especificador «com características mistas». No DSM-IV existia um critério de exclusão para episódio depressivo major que se aplicava aos sintomas depressivos que durassem menos de 2 meses após a morte de um ente querido (isto é, a exclusão por luto). Esta exclusão é omitida no DSM-5 por várias razões, incluindo o reconhecimento do luto como um fator de stress psicossocial grave que pode precipitar um episódio depressivo major num indivíduo vulnerável, tendo em geral início pouco depois da perda, e que pode acrescentar um risco adicional de sofrimento, sentimentos de desvalorização, ideação suicida, empobrecimento da saúde médica e pior funcionamentos interpessoal e ocupacional. Foi crucial remover a implicação de que o luto dura tipicamente apenas 2 meses, quando quer os médicos quer os conselheiros de luto reconhecem que a duração é mais comummente de 1-2 anos. Uma nota de rodapé pormenorizada substitui a exclusão mais simplista do DSM-IV para ajudar os clínicos a estabelecer a distinção crucial entre os sintomas característicos do luto e os de uma perturbação depressiva major. Por fim, para indicar a presença de sintomas mistos foi acrescentado um novo especificador que se aplica quer às perturbações bipolares quer às perturbações depressivas.

Perturbações de Ansiedade

O capítulo sobre as perturbações de ansiedade deixou de incluir a perturbação obsessivo-compulsiva (que está agora incluída no novo capítulo «Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas») ou a perturbação de stress pós-traumático (PTSD) e a perturbação aguda de stress (que estão agora incluídas no novo capítulo «Perturbações Relacionadas

com Trauma e Fatores de Stress»). As mudanças nos critérios para **fobia específica** e **perturbação de ansiedade social (fobia social)** incluem a eliminação do requisito de que os indivíduos com mais de 18 anos reconheçam que a sua ansiedade é excessiva e irrazoável. Por sua vez, a ansiedade deve ser desproporcionada face ao perigo ou ameaça reais da situação, depois de se ter em conta os fatores de contexto cultural. Além disso, a duração de 6 meses estende-se a todas as idades. Os **ataques de pânico** podem agora ser registados como um especificador que é aplicável a todas as perturbações do DSM-5. A **perturbação de pânico** e a **agorafobia** estão separadas no DSM-5. Por conseguinte, os anteriores diagnósticos do DSM-IV de perturbação de pânico com agorafobia, perturbação de pânico sem agorafobia e agorafobia sem história de perturbação de pânico foram agora substituídas por dois diagnósticos, perturbação de pânico e agorafobia, cada um dos quais com critérios separados. O especificador «generalizado» para **perturbação de ansiedade social** foi eliminado e substituído pelo especificador «apenas de desempenho». A **perturbação de ansiedade de separação** e o **mutismo seletivo** são agora classificados como perturbações de ansiedade. A redação dos critérios foi modificada para representar de forma mais adequada a expressão dos sintomas de ansiedade de separação no adulto. Além disso, em contraste com o DSM-IV, os critérios de diagnóstico já não especificam que a idade de início deva ser antes dos 18 anos e o critério de duração «a duração é de pelo menos 6 meses» foi acrescentado para adultos, de forma a minimizar o sobrediagnóstico de medos transitórios.

Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas

O capítulo «Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas» é novo no DSM-5. As novas perturbações incluem a **perturbação de acumulação (*hoarding disorder*)**, **perturbação de escoriação (*skin-picking disorder*)**, **perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância/medicamento** e **perturbações relacionadas e perturbação obsessivo-compulsiva devida a outra condição médica** e **perturbações relacionadas**. O diagnóstico do DSM-IV de tricotilomania é agora designado como **tricotilomania (*hair-pulling disorder*)** e foi transferida da classificação como perturbações do controlo dos impulsos SOE do DSM-IV para as perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas no DSM-5. O especificador do DSM-IV «com fraco *insight*» para a perturbação obsessivo-compulsiva foi aperfeiçoado para permitir a distinção entre indivíduos com *insight* bom ou razoável, *insight* pobre e *insight* ausente/crenças delirantes (isto é, a convicção absoluta de que as crenças da perturbação obsessivo-compulsiva são verdadeiras). Foram incluídos especificadores análogos de *insight* para a perturbação dismórfica corporal e a perturbação de acumulação (*hoarding disorder*). Foi igualmente acrescentado um especificador «relacionado com tiques» para a perturbação obsessivo-compulsiva, uma vez que a presença de uma perturbação de tiques comórbida pode condicionar importantes implicações clínicas. Foi acrescentado um especificador «com dismorfia muscular» para a perturbação dismórfica corporal para refletir a crescente literatura sobre a validade do diagnóstico e a utilidade clínica de se fazer esta distinção em indivíduos com perturbação dismórfica corporal. A variante delirante da perturbação dismórfica corporal (que identifica indivíduos que estão completamente convencidos de que os seus defeitos ou falhas percebidos constituem uma aparência verdadeiramente anormal) já não é codificada quer como perturbação delirante, de tipo somático, quer como perturbação dismórfica corporal. No DSM-5, esta apresentação é designada somente como perturbação dismórfica corporal com o especificador *insight*

ausente/crenças delirantes. Os indivíduos também podem ser diagnosticados com **perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas**, a qual pode incluir condições como a perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo e ciúme obsessivo, ou com **perturbação obsessivo-compulsiva não especificada e perturbações relacionadas.**

Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress

Para o diagnóstico de **perturbação aguda de stress**, deve agora explicitar-se se os acontecimentos traumáticos relevantes foram experimentados diretamente, testemunhados ou experimentados indiretamente. Além disso, o Critério A2 do DSM-IV relativo à reação subjetiva ao acontecimento traumático (por exemplo, «a resposta da pessoa envolve medo, sentimento de desproteção ou horror») foi eliminado. As **perturbações de ajustamento** são reconcetualizadas como um conjunto heterogéneo de síndromes de resposta ao stress que ocorrem após a exposição a um acontecimento que provoca mal-estar (traumático ou não traumático), em lugar de serem uma categoria residual destinada a indivíduos que manifestam mal-estar clinicamente significativo, mas cujos sintomas não preenchem os critérios para uma perturbação mais concreta (como no DSM-IV).

Os critérios do DSM-5 para **PTSD** diferem significativamente dos critérios do DSM-IV. O critério do fator de stress (Critério A) é mais explícito no que respeita aos acontecimentos que qualifica como «traumáticos». Além disso, foi eliminado o Critério A2 (reação subjetiva) do DSM-IV. Enquanto no DSM-IV existiam 3 conjuntos principais de sintomas – reexperiência, evitamento/embotamento e aumento da ativação –, existem agora 4 conjuntos de sintomas no DSM-5, porque o conjunto de evitamento/embotamento está dividido em 2 conjuntos distintos: evitamento e alterações negativas persistentes das cognições e do humor. Esta última categoria, que conserva a maior parte dos sintomas de embotamento do DSM-IV, também inclui sintomas novos ou reconcetualizados, tais como os estados emocionais negativos persistentes. O conjunto final – alterações da ativação e da reatividade – conserva a maior parte dos sintomas de ativação do DSM-IV. Também inclui o comportamento irritável ou explosões de raiva e o comportamento autodestrutivo e imprudente. A PTSD é agora sensível ao desenvolvimento, no sentido em que baixaram os limiares de diagnóstico no caso das crianças e dos adolescentes. Além disso, foram acrescentados critérios separados destinados às crianças com idade igual ou inferior a 6 anos com esta perturbação.

O diagnóstico do DSM-IV de perturbação reativa de vinculação da primeira infância e início da segunda infância tinha dois tipos: inibido e desinibido. No DSM-5, estes subtipos são definidos como perturbações distintas: perturbação reativa de vinculação e perturbação de envolvimento social desinibido.

Perturbações Dissociativas

As principais alterações das perturbações dissociativas no DSM-5 incluem as seguintes: 1) a desrealização inclui-se no nome e na estrutura de sintomas daquilo a que anteriormente se chamava perturbação de despersonalização (**perturbação de despersonalização/desrealização**); 2) a fuga dissociativa é agora um especificador de **amnésia dissociativa** e não um diagnóstico separado, e 3) os critérios para **perturbação dissociativa da identidade** foram alterados para indicar que os sintomas de disrupção da identidade podem ser observados e descritos e que as falhas na recordação de acontecimentos podem ocorrer no dia-a-dia e não

apenas em acontecimentos traumáticos. Além disso, na descrição da disrupção da identidade incluem-se experiências de possessão patológica específicas de algumas culturas.

Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas

No DSM-5, as perturbações somatoformes são agora designadas como **perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas**. A classificação do DSM-5 reduz o número destas perturbações e das suas subcategorias, de modo a evitar uma sobreposição problemática. Os diagnósticos de perturbação de somatização, hipocondria, perturbação de dor e perturbação somatoforme indiferenciada foram eliminados. Os indivíduos previamente diagnosticados com perturbação de somatização preencherão, por regra, os critérios do DSM-5 para **perturbação de sintomas somáticos**, mas apenas se tiverem, para além dos seus sintomas somáticos, os pensamentos, sentimentos e comportamentos inadaptados que definem a perturbação. Dado que a distinção entre perturbação de somatização e perturbação somatoforme indiferenciada era arbitrária, no DSM-5 foram fundidas sob a designação perturbação de sintomas somáticos. Indivíduos previamente diagnosticados com hipocondria que apresentassem elevada ansiedade relacionada com a saúde, mas sem sintomas somáticos, receberiam um diagnóstico do DSM-5 de **perturbação de ansiedade de doença** (a menos que a ansiedade relacionada com a saúde fosse mais bem explicada por uma perturbação de ansiedade primária, tal como a perturbação de ansiedade generalizada). Alguns indivíduos com dor crónica seriam apropriadamente diagnosticados com tendo uma perturbação de sintomas somáticos, com predomínio de dor. Para outros, seriam mais apropriados os diagnósticos de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas ou a perturbação de ajustamento.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é uma nova perturbação mental no DSM-5, tendo sido anteriormente incluída no capítulo «Outras condições Que Podem Ser Foco de Atenção Médica» do DSM-IV. Esta perturbação e a perturbação factícia são colocadas no capítulo perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas, porque os sintomas somáticos são predominantes em ambas as perturbações e porque ambas são, na maior parte das vezes, observadas em contextos médicos. As variantes dos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas foram eliminadas a favor do diagnóstico central. Os critérios para a **perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais)** foram modificados para sublinhar o papel essencial do exame neurológico e em reconhecimento de que, no momento do diagnóstico, podem não ser demonstráveis fatores psicológicos relevantes. A perturbação de sintomas somáticos com outra especificação, a perturbação de ansiedade de doença com outra especificação e a pseudociese são agora os únicos exemplos da classificação **perturbações de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas**.

Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Devido à eliminação do capítulo «Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência» do DSM-IV-TR, este capítulo descreve várias perturbações encontradas na seção «Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar da Primeira e Segunda Infâncias» do DSM-IV, tais como a **pica** e o **mericismo**. A categoria do DSM-IV para perturbação da alimentação da primeira infância ou início da segunda infância foi renomeada como **perturbação de ingestão alimentar evitante/res-**

tritiva e os seus critérios foram significativamente alargados. Os critérios de diagnóstico nucleares para **anorexia nervosa** mantêm-se concetualmente inalterados relativamente ao DSM-IV com uma exceção: o requisito de que ocorra amenorreia é eliminado. Tal como no DSM-IV, o Critério A exige que os indivíduos com esta perturbação tenham um peso corporal significativamente inferior ao esperado para o seu estádio de desenvolvimento. A redação do critério foi alterada para maior clareza e o texto fornece agora orientação quanto à forma de julgar se um indivíduo mantém um peso significativamente inferior ao normal. No DSM-5, o Critério B foi ampliado para incluir não só o medo claramente expresso de aumento do peso, mas também o comportamento persistente que interfere com o aumento do peso. A única alteração dos critérios do DSM-IV para bulimia **nervosa** é a redução da frequência média mínima exigida para a ingestão alimentar compulsiva e para o comportamento compensatório inapropriado de 2 para 1 vez por semana. A extensa investigação que se seguiu à promulgação dos critérios preliminares para perturbação de ingestão alimentar compulsiva (*binge-eating disorder*) no Apêndice B do DSM-IV documenta a sua utilidade clínica e a sua validade. A única diferença significativa relativamente aos critérios preliminares do DSM-IV é a de que a frequência média mínima da ingestão alimentar compulsiva exigida para o diagnóstico é de pelo menos 1 vez por semana durante os últimos 3 meses, pelo que é idêntica ao critério de frequência para bulimia nervosa (em vez de pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses no DSM-IV).

Perturbações de Eliminação

Nesta classe diagnóstica, não há alterações significativas do DSM-IV para o DSM-5. As perturbações deste capítulo estavam anteriormente classificadas nas perturbações habitualmente diagnosticadas na primeira ou segunda infâncias ou no início da adolescência do DSM-IV e existem agora como uma classificação independente no DSM-5.

Perturbações do Sono-Vigília

No DSM-5 foram eliminados os diagnósticos do DSM-IV de perturbações do sono relacionadas com outra perturbação mental e perturbação do sono secundária a um estado físico geral, sendo dada uma maior especificação às condições coexistentes para cada perturbação do ciclo sono-vigília. O diagnóstico de insónia primária foi renomeado como **perturbação de insónia** para evitar a distinção entre insónias primária e secundária. O DSM-5 também distingue narcolepsia – que se sabe estar associada a um défice de hipocretina – de outras formas de hipersonolência (perturbação de hipersonolência). Finalmente, ao longo da classificação de perturbações do sono-vigília do DSM-5, foram integrados os critérios e o texto pediátricos e do desenvolvimento, quando para tal exista base científica e considerações de utilidade clínica que suportem tal integração. As **perturbações do sono relacionadas com a respiração** são divididas em 3 perturbações relativamente distintas: apneia/hipopneia obstrutiva do sono, apneia do sono central e hipoventilação relacionada com o sono. Os subtipos de **perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília** foram ampliados de forma a incluírem o tipo avanço de fase do sono e o tipo ciclo sono-vigília irregular, sendo que o tipo mudança de fuso horário foi eliminado. O uso de diagnósticos «SOE (sem outra especificação)» do DSM-IV foi reduzido, obtendo a **perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM)** e a **síndrome das pernas inquietas** o estatuto de diagnósticos independentes.

Disfunções Sexuais

No DSM-5, foram acrescentadas algumas disfunções sexuais específicas de género e, no sexo feminino, as perturbações do desejo sexual e da excitação sexuais foram combinadas numa única perturbação: **perturbação do interesse/excitação sexual feminina**. Todas as disfunções sexuais (exceto a disfunção sexual induzida por substância/medicamento) exigem agora uma duração mínima de aproximadamente 6 meses e critérios de gravidade mais precisos. A **perturbação de dor genitopélvica/penetração** foi acrescentada ao DSM-5 e representa a fusão de vaginismo com dispareunia que eram altamente comórbidas e difíceis de distinguir. O diagnóstico de perturbação de aversão sexual foi eliminado devido a raramente ser usado e à ausência de investigação que o apoiasse.

Existem agora apenas dois subtipos de disfunções sexuais: **ao longo da vida** *versus* **adquirida** e **generalizada** *versus* **situacional**. Para indicar a presença e o grau de correlações médicas e outras não médicas, são descritas no texto as seguintes **características associadas**: fatores de parceiro, fatores da relação, fatores de vulnerabilidade individual, fatores culturais ou religiosos e fatores médicos.

Disforia de Género

A **disforia de género** é uma nova classe de diagnóstico do DSM-5 e reflete uma mudança na concetualização das características que definem a perturbação, enfatizando mais o fenómeno de «incongruência de género» do que a identificação de género cruzada *per se*, como era o caso da perturbação de identidade de género do DSM-IV. A disforia de género inclui conjuntos de critérios separados: para crianças e para adolescentes e adultos. Para adolescentes e adultos, os anteriores Critério A (identificação de género cruzada) e Critério B (desconforto persistente com o seu sexo) foram fundidos. Nas redação dos critérios, a expressão «o outro sexo» é substituída por «o outro género» (ou «algum género alternativo»). Usa-se sistematicamente género em vez de sexo, porque o conceito «sexo» é inadequado quando se refere a indivíduos com uma perturbação do desenvolvimento sexual. Nos critérios para crianças, a expressão «um forte desejo de ser de outro género» substitui a anterior «desejo expresso repetidamente de ser [...] de outro sexo» para captar a situação de algumas crianças que, num ambiente coercivo, podem não verbalizar o desejo de ser de outro género. Para as crianças, o Critério A1 («um forte desejo de ser de outro género ou a insistência de que se é do outro género...») é agora necessário (mas não suficiente), o que torna o diagnóstico mais restritivo e conservador. A divisão por tipos com base na orientação sexual foi eliminada porque se considera que a distinção não tem utilidade clínica. Foi acrescentado um **especificador de pós-transição** para identificar indivíduos que foram submetidos a pelo menos um procedimento médico ou a um tratamento para suportar a atribuição do novo género (por exemplo, tratamento com hormonas do sexo oposto). Embora o conceito de pós-transição seja modelado pelo conceito de remissão total ou parcial, o termo *remissão* tem implicações em termos de redução dos sintomas que não se aplicam diretamente à disforia de género.

Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento

O capítulo «Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento» é novo no DSM-5 e reúne perturbações que anteriormente eram incluídas no capítulo

«Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira ou Segunda Infâncias ou na Adolescência» (isto é, perturbação de oposição, perturbação do comportamento e perturbação disruptiva do comportamento SOE, agora classificadas como perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação ou não especificadas) e no capítulo «Perturbações do Controlo dos Impulsos Não Classificadas Noutro Lugar» (ou seja, perturbação explosiva intermitente, piromania e cleptomania). Todas estas perturbações são caracterizadas por problemas de autocontrolo emocional e do comportamento. Note-se que a PHDA é frequentemente comórbida com as perturbações deste capítulo, mas é integrada nas perturbações do neurodesenvolvimento. Devido à íntima associação com a perturbação do comportamento, a perturbação antissocial da personalidade inclui-se quer neste capítulo quer no capítulo «Perturbações da Personalidade», onde é descrita em pormenor.

Os critérios para a **perturbação desafiante de oposição** são agora agrupados em 3 tipos: humor zangado/irritável, comportamento conflituoso/desafiante e vingativo. Além disso, foi eliminado o critério de exclusão de perturbação do comportamento. Os critérios para **perturbação do comportamento** incluem um especificador de características descritivas para indivíduos que preenchem todos os critérios da perturbação, mas que também apresentem **emoções pró-sociais limitadas**. A principal alteração na **perturbação explosiva intermitente** é o tipo de explosões agressivas que deve ser considerado: no DSM-IV era necessária a agressão física, enquanto no DSM-5 também preenchem os critérios a agressão verbal e a agressão física não destrutiva/não lesiva. O DSM-5 também fornece mais critérios específicos que definem a frequência necessária para o preenchimento dos critérios e especifica que as explosões agressivas são de natureza impulsiva e/ou de raiva e que devem causar mal-estar acentuado, provocar défices dos funcionamentos ocupacional ou interpessoal ou estarem associadas a consequências financeiras ou legais negativas. Além disso, é agora requerida uma idade mínima de 6 anos (ou um nível de desenvolvimento equivalente).

Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas

Um importante corte com os anteriores manuais de diagnóstico é o facto de o capítulo das perturbações relacionadas com substâncias ter sido ampliado para incluir o **jogo patológico**. Outra mudança-chave é a de que o DSM-5 não separa os diagnósticos de abuso de substâncias dos de dependência de substâncias, tal como acontecia no DSM-IV. Em vez disso, fornece critérios para **perturbação do uso de substâncias**, acompanhados, quando relevante, por critérios para intoxicação, abstinência, perturbações induzidas por substâncias e perturbações relacionadas com substâncias não especificadas. Dentro das perturbações de uso de substâncias, o critério de problemas legais recorrentes relacionados com a substância foi eliminado no DSM-5 e foi acrescentado um novo critério – *craving*, ou desejo intenso, ou impulso irresistível de uso de uma substância. Além disso, o limiar para o diagnóstico de perturbação de uso de substâncias no DSM-5 é estabelecido em 2 ou mais critérios, em contraste com o limiar de 1 ou mais critérios para o diagnóstico de abuso de substâncias no DSM-IV e de 3 ou mais para o de dependência de substâncias do DSM-IV. A **abstinência de *Cannabis*** e a **abstinência de cafeína** são duas novas perturbações (a última encontrava-se no Apêndice B do DSM-IV, «Propostas de Categorias Diagnósticas Que Necessitam de Estudo»).

A **gravidade** das perturbações de uso de substâncias no DSM-5 baseia-se no número de critérios preenchidos. O especificador do DSM-IV para tipo fisiológico foi eliminado

no DSM-5, tal como o diagnóstico de dependência de múltiplas substâncias do DSM-IV. A remissão precoce de uma perturbação de uso de substâncias do DSM-5 é definida como pelo menos 3, mas menos de 12 meses, sem preencher os critérios de perturbação de uso de substâncias (exceto *craving*) e a remissão mantida é definida como pelo menos 12 meses sem preencher os critérios (exceto *craving*). Os novos especificadores do DSM-5 incluem «em ambiente controlado» e «em terapia de manutenção», conforme a situação o justifique.

Perturbações Neurocognitivas

Os diagnósticos do DSM-IV de demência e de perturbação mnésica são incluídos numa nova entidade designada **perturbação neurocognitiva major** (PNC). O uso do termo *demência* não é excluído nos subtipos etiológicos em que é habitual. Além disso, o DSM-5 reconhece agora um nível menos grave de défice cognitivo, PNC ligeira, que é uma nova perturbação que permite o diagnóstico de síndromes menos incapacitantes que podem, não obstante, ser foco de atenção e tratamento. São fornecidos critérios de diagnóstico para ambas as perturbações, seguidos por critérios de diagnóstico para os diferentes **subtipos etiológicos**. No DSM-IV eram fornecidos conjuntos de critérios individuais para demência de tipo Alzheimer, demência vascular e demência induzida por substâncias, enquanto outras perturbações neurodegenerativas eram classificadas como demência secundária a um estado físico geral, sendo especificados estados com VIH, traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob e um estado físico geral. No DSM-5, foram mantidas a PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer e a PNC vascular major ou ligeira, enquanto novos critérios separados são agora apresentados para PNC frontotemporal major ou ligeira, PNC com corpos de Lewy e PNC devidas a lesão cerebral traumática, substância/medicamento, infeção por VIH, doença dos priões, doença de Parkinson, doença de Huntington, outra condição médica e múltiplas etiologias, respetivamente. A PNC não especificada é também incluída como diagnóstico.

Perturbações da Personalidade

Os critérios para perturbação da personalidade da Seção II do DSM-5 não foram alterados relativamente aos do DSM-IV. O DSM-5 desenvolveu uma abordagem alternativa para o diagnóstico de perturbações da personalidade para estudo futuro que pode ser encontrada na Secção III (ver «Modelo Alternativo para Perturbações da Personalidade do DSM-5»). Quanto aos **critérios gerais para perturbação da personalidade** apresentados na Secção III, foi desenvolvido um critério revisto de funcionamento da personalidade (Critério A) com base numa revisão da literatura de medições clínicas fiáveis de défices centrais da patologia da personalidade. A perturbação da personalidade SOE é substituída pelo diagnóstico de **perturbação da personalidade com traço especificado**, baseado num défice moderado ou mais grave do funcionamento da personalidade e na presença de traços patológicos da personalidade, proporcionando um diagnóstico muito mais informativo para os indivíduos que não são descritos, como seria ideal, como tendo uma perturbação da personalidade específica. Uma maior ênfase no funcionamento da personalidade e nos critérios baseados em traços aumenta a estabilidade e as bases empíricas das perturbações. O **funcionamento da personalidade** e os **traços de personalidade** também podem ser avaliados, quer o indivíduo tenha quer não uma perturbação da personalidade – uma característica que fornece informação clínica útil acerca de todos os indivíduos.

Perturbações Parafílicas

Uma alteração que faz a ponte com o DSM-IV é a inclusão nos conjuntos de critérios de diagnóstico de todas as perturbações parafílicas dos especificadores de curso «em ambiente controlado» e «em remissão». Estes especificadores destinam-se a indicar alterações importantes do estado de um indivíduo. No DSM-5, as parafilias não são *ipso facto* perturbações mentais. Há uma distinção entre parafilias e perturbações parafílicas. Uma *perturbação parafílica* é uma parafilia que está a causar mal-estar ou défices ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação ocasionou dano pessoal ou risco de dano a outros. A parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente, para se ter uma perturbação parafílica, e uma parafilia, por si só, não justifica, ou requer automaticamente, uma intervenção clínica. A distinção entre parafilias e perturbações parafílicas foi implementada sem se proceder a quaisquer alterações à estrutura básica dos critérios de diagnóstico, tal como existem desde o DSM-III-R. A alteração proposta para o DSM-5 é a de que os indivíduos que preenchem tanto o Critério A como o Critério B sejam agora diagnosticados como tendo uma perturbação parafílica. O diagnóstico não deverá ser atribuído aos indivíduos cujos sintomas preencham o Critério A, mas não o Critério B – isto é, a indivíduos que têm uma parafilia, mas não uma perturbação parafílica.

Glossário de Termos Técnicos

As MAIÚSCULAS PEQUENAS indicam termos que se encontram noutro local deste glossário. As definições do glossário foram fundamentadas pelos grupos de trabalho do DSM-5, fontes da Internet disponíveis ao público e por glossários anteriormente publicados para perturbações mentais (Organização Mundial da Saúde e American Psichiatric Association).

Adição **não relacionada** com **substância(s)**: perturbação do comportamento (também chamada *adição comportamental*) não relacionada com qualquer substância de abuso e que possui certas características comuns com a adição induzida por substâncias.

Afe**tividade negativa**: experiências frequentes e intensas de elevados níveis de uma variedade de emoções negativas (por exemplo, ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (por exemplo, autoagressão) e interpessoais (por exemplo, dependência). A Afetividade Negativa é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE definidos na Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade».

Afe**tividade restrita**: pequena reação a situações emocionalmente ativadoras; experiência e expressão emocional constrangidas; indiferença e desinteresse em situações normativamente envolventes. A afetividade restrita é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESPRENDIMENTO.

Afeto: padrão de comportamentos observáveis que é a expressão de um estado emocional subjetivamente vivenciado (emoção). Os exemplos de afeto incluem tristeza, exaltação e cólera. Ao contrário do *humor*, que se refere a um «clima» emocional mais difuso e constante, o *afeto* refere-se a modificações mais flutuantes das «condições meteorológicas» emocionais. Aquilo que se considera como a amplitude normal da expressão do afeto varia consideravelmente, dentro de, e entre, diferentes culturas. As perturbações do afeto incluem:

aplanamento: ausência ou quase ausência de quaisquer sinais de expressão afetiva;

desadequação: discordância entre a expressão afetiva e o conteúdo do discurso ou do pensamento;

embotamento: redução significativa da intensidade da expressão emocional;

labilidade: variação anormal do afeto com mudanças repetidas, rápidas e abruptas da expressão afetiva;

restrição ou **constrição**: ligeira diminuição da amplitude e intensidade da expressão emocional.

Agitação **psicomotora**: actividade motora excessiva associada a um sentimento de tensão interior. A atividade é geralmente improdutiva e repetitiva e consiste em comportamen-

tos tais como andar de um lado para o outro, inquietação, torcer as mãos, puxar a roupa e incapacidade para permanecer sentado.

Agnosia: perda da capacidade para reconhecer objetos, pessoas, sons, formas ou cheiros, que ocorre na ausência quer de défice do sentido específico, quer de perda de memória significativa.

Alogia: empobrecimento do pensamento que é inferido do discurso e do comportamento linguístico. Pode haver respostas breves e concretas a perguntas e restrição da quantidade do discurso espontâneo (designado *pobreza do discurso*). Por vezes, o discurso é adequado no que se refere à quantidade, mas contém pouca informação devido ao seu caráter demasiado concreto ou abstrato, repetitivo ou estereotipado (designado *pobreza do conteúdo*).

Alucinação: experiência de tipo perceção, com a clareza e o impacte de uma verdadeira perceção, mas que ocorre sem a estimulação exterior do órgão sensorial correspondente. As alucinações devem ser distinguidas das ILUSÕES, nas quais um estímulo exterior é mal percebido, ou é mal interpretado. A pessoa pode, ou não, ter consciência da natureza falsa da alucinação. Uma pessoa com alucinações pode reconhecer que está a ter uma experiência sensorial falsa, ao passo que outra pode estar convencida de que a experiência está fundada na realidade. O termo *alucinação* não se aplica, geralmente, às falsas perceções que ocorrem durante os sonhos, ao adormecer (*hipnagógicas*) ou ao despertar (*hipnopômpicas*). Podem ocorrer experiências alucinatórias transitórias em pessoas sem perturbações mentais.

- **auditiva**: alucinação que envolve a perceção do som, na maior parte dos casos, a voz;
- **congruente com o humor**: *ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS CONGRUENTES COM O HUMOR;
- **geométrica**: alucinações visuais que envolvem formas geométricas tais como túneis e funis, espirais, grades ou teias de aranha;
- **gustativa**: alucinação que envolve a perceção do sabor (geralmente desagradável);
- **incongruente com o humor**: *ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS INCONGRUENTES COM O HUMOR:
- **olfativa**: a alucinação envolve a perceção de um odor, como borracha queimada ou peixe em decomposição;
- **somática**: a alucinação envolve a perceção de uma experiência física localizada no interior do corpo (por exemplo, sensação de corrente elétrica). As alucinações somáticas devem ser distinguidas de sensações físicas com origem numa condição médica ainda não diagnosticada, de uma preocupação hipocondríaca com sensações físicas normais e de uma alucinação tátil;
- **tátil**: a alucinação envolve a perceção de estar a ser tocado ou de que algo está por baixo da pele. As alucinações táteis mais comuns são a sensação de choques elétricos e de formicação (a sensação de que algo está a rastejar ou arrastar-se sobre ou sob a pele);
- **visual**: a alucinação envolve a visão e pode consistir em imagens com formas definidas, tais como pessoas, ou em imagens não definidas, tais como relâmpagos. As alucinações visuais devem ser distinguidas das ILUSÕES, que são perceções incorretas de estímulos reais exteriores.

Alucinação geométrica: ver ALUCINAÇÃO.

Amnésia: incapacidade para recordar informação autobiográfica importante, que não é congruente com o esquecimento normal.

Anedonia: ausência de prazer na vida, de envolvimento nela ou de energia para as experiências da vida; défices na capacidade para sentir prazer pelas coisas e para ter interesse por elas. A anedonia é uma faceta do domínio do traço da personalidade DESPRENDIMENTO.

Anosognosia: condição na qual a pessoa com uma doença parece desconhecer a existência dessa mesma doença.

Ansiedade: antecipação apreensiva de um perigo ou desgraça, acompanhada por uma sensação de preocupação, sofrimento e/ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antecipado pode ser interno ou externo.

Ansiosidade: sentimentos de nervosismo ou tensão em reação a diversas situações; preocupação frequente com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e de possibilidades negativas futuras; sentir medo e apreensão devido à incerteza; esperar que o pior aconteça. A ansiosidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

Antagonismo: comportamentos que colocam o indivíduo em desacordo com outras pessoas, tais como um sentimento exagerado de arrogância e a concomitante expetativa de ser alvo de tratamento especial, bem como uma antipatia insensível para com os outros, que engloba tanto indiferença para com as suas necessidades e sentimentos, como a prontidão para os utilizar ao serviço da sua própria valorização. O antagonismo é um dos cinco grandes DOMÍNIOS DE TRAÇOS DA PERSONALIDADE definidos na Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade».

Associalidade: iniciativa reduzida para interagir outras pessoas.

Ataques de pânico: períodos delimitados de intenso medo ou terror, de início súbito, frequentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante estes ataques manifestam-se sintomas como sensação de falta de ar ou de sufocação, palpitações, batimentos cardíacos fortes, ou aumento da frequência cardíaca, dor ou desconforto torácico, asfixia e medo de enlouquecer ou perder o controlo. Os ataques de pânico podem ser inesperados, caso em que o início do ataque não está associado a um desencadeador óbvio e por isso ocorrem «do nada», ou esperados, caso em que o ataque de pânico está associado com um desencadeador óbvio, interior ou exterior.

Atenção: capacidade para se focar de modo mantido num determinado estímulo ou atividade. Uma perturbação da atenção pode manifestar-se por DISTRATIBILIDADE fácil ou dificuldade em terminar tarefas ou em concentrar-se no trabalho.

Ativação: o estado fisiológico e psicológico de se estar desperto e reativo aos estímulos.

Atraso psicomotor: lentificação generalizada e visível dos movimentos e da fala.

Atribuição de género: atribuição inicial como masculino ou feminino, que geralmente ocorre no momento do nascimento e que é designado, desde então, como «sexo à nascença».

Auto-direcionamento; auto-direção: prossecução de metas coerentes e significativas de curto prazo e de vida; utilização de padrões de comportamento construtivos e prossociais; capacidade de auto-reflectir produtivamente.

Autoginefilia: excitação sexual do homem associada com a ideia ou a imagem de ser uma mulher.

Avolição: incapacidade para iniciar e persistir em atividades com um objetivo. Quando a gravidade é suficiente para ser considerada patológica, a avolição é difusa e impede o indivíduo de completar muitos tipos de atividades (por exemplo, trabalho, estudo, autocuidados).

Características psicóticas: aspetos que se caracterizam por delírios, alucinações e alteração formal do pensamento.

Características psicóticas congruentes com o humor: delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente concordante com os temas típicos do humor depressivo ou maníaco. Se o humor for depressivo, o conteúdo dos delírios ou das alucinações envolve temas de inadequação pessoal culpa, doença, morte, niilismo, ou castigo merecido.

Características psicóticas incongruentes com o humor: delírios ou alucinações cujo conteúdo não é concordante com os temas típicos do humor depressivo ou maníaco. No caso da depressão, os delírios ou alucinações não envolvem temas de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou castigo merecido. No caso da mania, os delírios ou alucinações não envolvem temas de exagerado valor, poder, conhecimento, identidade, ou um relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

Catalepsia: indução passiva de uma postura, mantida contra a gravidade. Comparar com FLEXIBILIDADE CÉREA.

Cataplexia: episódios súbitos de perda bilateral do tónus muscular provocando um colapso do indivíduo, que ocorre muitas vezes em associação com emoções intensas como o riso, a cólera, o medo ou a surpresa.

Ciclos rápidos: termo que se refere a perturbação bipolar caracterizada pela presença de pelo menos quatro episódios do humor nos 12 meses anteriores que preenchem os critérios para episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo major. Os episódios têm de estar demarcados ou por um período de remissão parcial ou completa que dure pelo menos 2 meses, ou por uma mudança para um episódio de polaridade oposta (por exemplo, episódio depressivo major para episódio maníaco). O especificador de ciclos rápidos pode ser aplicado à perturbação bipolar I ou à perturbação bipolar II.

Coma: estado de perda completa da consciência.

Compulsão: comportamentos repetitivos (por exemplo, lavagem das mãos, ordenação, verificação) ou atos mentais (por exemplo, rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Os comportamentos ou atos mentais destinam-se a impedir ou reduzir a ansiedade ou o mal-estar, ou a prevenir um evento ou situação receados; porém, estes comportamentos ou atos mentais não estão ligados de forma realista com aquilo que se destinam a neutralizar ou prevenir, e são claramente excessivos.

Condição intersexual: condição na qual os indivíduos possuem indicadores biológicos do sexo conflituais ou ambíguos.

***Craving* de alimentos específicos:** desejo irresistível de ingerir determinados tipos de alimentos.

Crenças e experiências incomuns: crença de que se possui capacidades incomuns, como leitura da mente, telecinesia ou FUSÃO PENSAMENTO-ACÇÃO; experiências de realidade incomuns, incluindo experiências de tipo alucinatório. Em geral, as crenças incomuns não são sustentadas com a mesma convicção que os DELÍRIOS. As crenças e experiências incomuns são uma faceta do domínio do traço de personalidade PSICOTICISMO.

Delírio: crença falsa, baseada na inferência incorreta da realidade exterior, que é sustentada com firmeza, independentemente de tudo em que quase todos os outros acreditam e apesar do que constitua prova ou evidência incontroversa e óbvia do contrário. A crença não

é geralmente aceite por outros membros da cultura ou subcultura do indivíduo (isto é, não é uma questão de fé religiosa). Quando uma falsa crença envolve um juízo de valor, só se considera como ideia delirante quando for tão extrema que desafia a credibilidade. A convicção delirante pode, por vezes, ser inferida de uma ideia sobrevalorizada (caso em que o indivíduo tem uma crença ou ideia despropositada, mas não a sustenta tão firmemente como no caso da ideia delirante). Os delírios subdividem-se de acordo com o seu conteúdo. Os tipos comuns indicam-se adiante:

bizarro: delírio que envolve um fenómeno que a cultura do indivíduo consideraria fisicamente impossível;

ciúme delirante: delírio de que o parceiro sexual do indivíduo lhe é infiel;

congruente com o humor: *ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS CONGRUENTES COM O HUMOR;

de controlo: delírio no qual os sentimentos, impulsos, pensamentos ou ações são vivenciados como estando sob o controlo de uma força externa e não sob o controlo do próprio indivíduo;

de grandeza: delírio de exagerada importância, poder, conhecimento, identidade ou de relação especial com uma divindade ou pessoa famosa;

de referência: delírio no qual os eventos, objetos, ou outras pessoas relacionados de perto com o indivíduo são vistos como tendo um significado particular e não habitual. Estes delírios são geralmente de natureza negativa ou pejorativa, mas o seu conteúdo também pode ser de grandeza. Um delírio de referência difere da *ideia de referência*, por nesta última a falsa crença não ser sustentada tão firmemente, nem estar tão completamente organizada como numa verdadeira crença;

de tipo misto: delírios de mais do que um tipo (por exemplo, EROTOMANÍACA, DE GRANDEZA, PERSECUTÓRIA, SOMÁTICA), nos quais não predomina nenhum dos tipos;

difusão do pensamento: delírio de que os pensamentos do indivíduo estão a ser difundidos em volume alto de forma que podem ser percebidos pelos outros;

erotomania: delírio de que outra pessoa, geralmente de estatuto superior, está apaixonada pelo indivíduo;

incongruente com o humor: *ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS INCONGRUENTES COM O HUMOR;

inserção de pensamento: delírio de que alguns dos pensamentos do indivíduo não lhe pertencem, mas foram inseridos na sua mente.

persecutório: delírio no qual o tema central é o de que o indivíduo (ou alguém de quem o indivíduo é próximo) está a ser atacado, molestado, ludibriado, perseguido, ou a ser alvo de conspiração;

somático: delírio cujo conteúdo principal diz respeito à aparência ou ao funcionamento do próprio corpo.

Depressividade: sentimento de estar profundamente triste, miserável e/ou desesperado. Alguns pacientes descrevem uma ausência de sentimentos e/ou disforia; dificuldade em recuperar de tais estados de humor; pessimismo acerca do futuro; vergonha e/ou culpa difusas; sentimentos de desvalorização; e ideação e comportamento suicida. A depressividade é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESPRENDIMENTO.

Desinibição: orientação para a gratificação imediata, que conduz a comportamentos impulsivos, gerados por pensamentos e sentimentos atuais e por estímulos externos, sem consideração pela aprendizagem passada, nem pelas consequências futuras.

O PERFECIONISMO RÍGIDO, que é o polo oposto deste domínio, reflete o constrangimento excessivo dos impulsos, o evitamento do risco, a hiper-responsabilidade, o hiperperfeccionismo e o comportamento rígido orientado por regras. A desinibição é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos definidos na Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações Mentais».

Desorientação: confusão acerca da hora do dia, da data, ou da estação (tempo), onde o indivíduo se encontra (local), ou quem é (pessoa).

Despersonalização: o indivíduo sente-se desligado, e como se fosse um observador exterior, dos seus processos mentais, do seu corpo, ou das suas acções (por exemplo, sentindo-se como se estivesse num sonho; sensação de irrealidade do eu, alterações percetuais; embotamento emocional e/ou físico; distorções temporais; sentimento de irrealidade).

Desprendimento: evitamento de experiências socioemocionais, incluindo EVITAMENTO de interações interpessoais (que vão de interações casuais e diárias até amizades e relacionamentos íntimos [ou seja, EVITAMENTO DE INTIMIDADE]) e AFETIVIDADE RESTRITA, especialmente a capacidade hedónica limitada. O desprendimento é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos definidos na Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade».

Desrealização: o indivíduo sente-se desligado, e como se fosse um observador exterior, daquilo que o rodeia (por exemplo, as pessoas ou objetos podem parecer irreais, oníricos, enevoados, sem vida ou visualmente distorcidos.

Desregulação cognitiva e percetual: processos de pensamento e experiências estranhos ou invulgares, incluindo DESPERSONALIZAÇÃO, DESREALIZAÇÃO e DISSOCIAÇÃO; experiências mistas do estado sono-vigília; e experiências de controlo do pensamento. A desregulação cognitiva e percetual é uma faceta do domínio do traço de personalidade PSICOTICISMO.

Disartria: uma perturbação da produção do som da fala devida a défice estrutural ou motor que afeta o aparelho articulador. Estas perturbações incluem fenda palatina, perturbações musculares, perturbações dos nervos cranianos e paralisia cerebral que afete estruturas bulbares (ou seja, perturbações dos neurónios motores, superior e inferior).

Discinesia: distorção dos movimentos voluntários com atividade muscular involuntária.

Discurso repetitivo: repetições morfologicamente heterogéneas do discurso.

Disforia (humor disfórico): condição na qual o indivíduo tem sentimentos intensos de depressão, descontentamento e, em certos casos, indiferença relativamente ao mundo que o rodeia.

Disforia de género: mal-estar que acompanha a incongruência entre o género vivenciado e expresso pelo indivíduo e aquele que lhe é atribuído, ou o sexo à nascença.

Dissociação: cisão de grupos de conteúdos mentais relativamente à vigília consciente. A dissociação é um mecanismo central das perturbações dissociativas. O termo também é usado para designar a separação de uma ideia do seu significado emocional e afeto, tal como se observa no afeto inapropriado na esquizofrenia. Frequentemente resultado de um trauma psíquico, a dissociação pode permitir que o indivíduo se mantenha fiel a duas verdades contraditórias, ao mesmo tempo que se mantém inconsciente dessa contradição. Uma manifestação extrema de dissociação é a perturbação dissociativa da identidade, na qual uma pessoa pode manifestar várias personalidades independentes, sem que cada uma delas esteja consciente das outras.

Dissónias: perturbações primárias do sono ou da vigília caracterizadas por INSÓNIA ou HIPERSÓNIA como principal sintoma de apresentação. As dissónias são perturbações da quantidade, qualidade ou horário do sono. Comparar com PARASSÓNIAS.

Distimia: presença, enquanto deprimido, de dois ou mais dos seguintes: 1) falta de apetite ou ingestão excessiva, 2) insónia ou hipersónia, 3) baixa energia ou fadiga, 4) baixa auto-estima, 5) má concentração ou dificuldade em tomar decisões, ou 6) sentimentos de desespero.

Distonia: perturbação do tónus muscular.

Distratibilidade: dificuldade em concentrar-se e focar-se em tarefas; a atenção é facilmente afastada por estímulos inoportunos; dificuldade em manter comportamentos focados em objetivos, incluindo planear e completar tarefas. A distratibilidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

Domínios de traços de personalidade: na taxonomia dimensional da Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade», os traços de personalidade estão organizados em cinco grandes domínios: AFETIVIDADE NEGATIVA, DESPRENDIMENTO, ANTAGONISMO, DESINIBIÇÃO e PSICOTICISMO. Dentro destes grandes domínios existem 25 facetas específicas de traços de personalidade (por exemplo, IMPULSIVIDADE, PERFECIONISMO RÍGIDO).

Ecolalia: repetição (em eco), patológica, como um papagaio e aparentemente sem sentido, de uma palavra ou frase acabadas de proferir por outra pessoa.

Empatia: compreensão e apreciação das experiências e motivações dos outros; tolerância para com pontos de vista diferentes; compreensão dos efeitos dos comportamentos do indivíduo nos outros.

Episódio (episódico): período de tempo específico durante o qual o paciente desenvolveu ou vivenciou sintomas que preenchem os critérios de diagnóstico de uma determinada perturbação mental. Dependendo do tipo de perturbação mental, *episódio* pode indicar um certo número de sintomas, ou uma gravidade, ou frequência de sintomas, específicos. Os episódios podem ainda distinguir-se como episódio único (primeiro) ou uma recorrência ou recidiva de múltiplos episódios, conforme apropriado.

Esgares: expressões faciais estranhas e inapropriadas, sem relação com a situação (tal como se observa nos indivíduos com CATATONIA).

Estereotipias, comportamentos/movimentos estereotipados: movimentos repetitivos, anormalmente frequentes, não orientados por objetivos, aparentemente intencionais e não funcionais (por exemplo, abanar ou acenar com as mãos, balançar o corpo, bater com a cabeça ou morder em si mesmo).

Estupor: ausência de atividade psicomotora, que pode variar entre não estar em relação ativa com o ambiente e a completa imobilidade.

Explosão temperamental: uma explosão emocional (também chamada «birra»), geralmente ocorrendo em crianças ou indivíduos em sofrimento emocional, e que se caracteriza tipicamente por obstinação, choro, gritos, desobediência, discurso enraivecido, resistência às tentativas de pacificação, e, em certos casos, agressividade. O controlo físico pode perder-se, o indivíduo é incapaz de se manter quieto e mesmo que o seu «objetivo» seja atingido pode não se acalmar.

Euforia: condição mental e emocional na qual a pessoa vivencia sentimentos intensos de bem-estar, exaltação, felicidade, excitação e alegria.

Evitamento: acto de se mantar afastado de circunstâncias relacionadas com stress; tendência para rodear pistas, atividades e situações que façam o indivíduo recordar-se de um evento stressante vivenciado.

Evitamento de intimidade: evitamento de relações próximas ou românticas, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas. Evitamento de intimidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESPRENDIMENTO.

Evitamento social: preferência por estar sozinho em vez de estar com outros; reticência em situações sociais; EVITAMENTO de contatos e atividades sociais; ausência de iniciação de contato social. O evitamento social é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESPRENDIMENTO.

Excentricidade: comportamento, aspecto e/ou discurso estranho, invulgar ou bizarro, com pensamentos estranhos e imprevisíveis; proferir coisas invulgares ou inapropriadas. A excentricidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade PSICOTICISMO.

Experiência de género: as formas únicas e pessoais segundo as quais os indivíduos vivenciam o seu género no contexto dos papéis de género vigentes nas suas sociedades.

Expressão de género: formas específicas segundo as quais os indivíduos desempenham os papéis de género vigentes nas suas sociedades.

Facetas de traços de personalidade: componentes específicas da personalidade que constituem os cinco grandes domínios de traços de personalidade na taxonomia dimensional do «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade» (DSM-5, Secção III). Por exemplo, o domínio antagonismo tem as seguintes facetas: MANIPULAÇÃO, FALSIDADE, GRANDIOSIDADE, PROCURA DE ATENÇÃO, INSENSIBILIDADE e HOSTILIDADE.

Fadiga: estado (também chamado exaustão, cansaço, letargia, languidez, langor, lassitude e desinteresse) geralmente associado com o enfraquecimento ou depleção dos recursos físicos e/ou mentais, que vai de um estado geral de letargia até uma sensação específica de queimadura induzida pelo trabalho, nos próprios músculos. A fadiga física conduz à incapacidade para continuar a funcionar ao nível normal de atividade do indivíduo. Embora comum na vida diária, este estado torna-se, em geral, mais notável durante o exercício pesado. A fadiga mental, em contraste, manifesta-se na maior parte dos casos por SONOLÊNCIA (vontade de dormir).

Falsidade: desonestidade e engano; representação deturpada do eu; embelezamento ou fabricação ao relatar eventos. A falsidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade ANTAGONISMO.

Fase residual: período após um episódio de esquizofrenia que remitiu completamente ou em parte, mas no qual podem restar alguns sintomas, podendo predominar sintomas como indiferença, problemas de concentração, e evitamento de atividades sociais.

Fatigabilidade: tendência para se fatigar facilmente. *Ver também* FADIGA.

Fator de stress: qualquer fator emocional, físico, social, económico, ou de outra natureza, que provoque disrupção do normal equilíbrio psicológico, cognitivo, emocional ou comportamental do indivíduo.

Fator de stress psicológico: qualquer evento ou mudança de vida que possa estar associado temporariamente (e talvez casualmente) com o início, ocorrência ou exacerbação de uma doença mental.

Fator de stress traumático: qualquer evento (ou eventos) que possa causar perigo de vida, lesão grave ou violência sexual contra o indivíduo, um seu familiar próximo ou amigo íntimo.

Flashback: estado dissociativo durante o qual aspetos de um evento traumático são reexperienciados como se estivessem a ocorrer nesse momento.

Flexibilidade cérea: resistência superficial e uniforme à postura do indivíduo pelo examinador. Comparar com CATATONIA.

Fobia: medo persistente de um objeto, atividade ou situação específicos (isto é, o estímulo fóbico) que é desproporcionado em relação ao perigo real colocado pelo objeto ou situação específicos, do qual resulta o desejo incontrolável de o evitar. Caso não possa ser evitado, o estímulo fóbico é suportado com marcado sofrimento.

Fuga de ideias: estado no qual a mente apresenta de forma incontrolável pensamentos e recordações aleatórios, mudando de uns para outros muito rapidamente. Por vezes os pensamentos estão relacionados, de forma que um leva a outro; noutras ocasiões, eles são completamente aleatórios. O indivíduo com um episódio de fuga de ideias não tem controlo sobre os pensamentos e é incapaz de se concentrar num único assunto ou de dormir.

Funcionamento da personalidade: modelos cognitivos do Eu e dos outros que modelam padrões de compromisso emocional e afiliativo.

Fusão pensamento-ação: tendência para tratar os pensamentos e as ações como equivalentes.

Género: o papel público vivido (e em geral legalmente reconhecido) como rapaz ou rapariga, homem ou mulher. Considera-se que fatores biológicos contribuem, em interação com factores sociais e psicológicos, para o desenvolvimento do género.

Grandiosidade: crença de que se é superior aos outros e se merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de prerrogativa; condescendência para com os outros. A grandiosidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade ANTAGONISMO.

Hiperacusia: aumento da perceção auditiva.

Hiperoralidade: condição na qual são colocados objetos inapropriados na boca.

Hipersexualidade: impulso mais forte do que o habitual para ter atividade sexual.

Hipersónia: sonolência excessiva, evidenciada por sono noturno prolongado, dificuldade em manter um estado de alerta durante o dia, ou episódios de sono indesejáveis durante o dia. Ver também SONOLÊNCIA.

Hipervigilância: estado aumentado de sensibilidade sensorial, acompanhado por intensidade exagerada dos comportamentos, cuja finalidade consiste em detetar ameaças. A hipervigilância também é acompanhada por um estado de ansiedade aumentada, que pode provocar exaustão. Outros sintomas incluem ativação anormalmente aumentada, elevada sensibilidade aos estímulos e permanente perscrutação de ameaças no ambiente. Na hipervigilância o ambiente é permanentemente esquadrinhado à procura de imagens, sons, pessoas, comportamentos, cheiros ou qualquer outra coisa que recorde uma ameaça ou trauma. O indivíduo coloca-se em elevado estado de alerta para se assegurar de que não existe nenhum perigo nas proximidades. A hipervigilância pode conduzir a uma série de padrões de comportamento obsessivo, bem como dar origem a dificuldades na interação social e nos relacionamentos.

Hipomania: anomalia do humor semelhante à mania, mas de menor intensidade. *Ver também* MANIA.

Hipopneia: episódios de respiração pouco profunda ou uma frequência respiratória anormalmente baixa.

Hostilidade: sentimentos de cólera persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas desconsiderações ou insultos; comportamento cruel, maldoso ou vingativo. A hostilidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade ANTAGONISMO.

Humor: emoção difusa e sustentada que modifica a perceção do mundo. Exemplos comuns de humor incluem depressão, elação, cólera e ansiedade. Em contraste com o *afeto*, que se refere a alterações mais flutuantes das «condições meteorológicas» emocionais, o humor refere-se a um «clima» emocional mais difuso e constante. Os tipos do humor incluem:

- **disfórico**: humor desagradável, tal como a tristeza, a ansiedade, ou a irritabilidade;
- **elevado**: sentimento exagerado de bem-estar, de euforia ou de elação. Uma pessoa com humor elevado pode sentir-se «em alta», «em êxtase», «no topo do mundo» ou «nas nuvens»;
- **eutímico**: humor dentro dos limites «normais», que implica a ausência de humor deprimido ou elevado;
- **expansivo**: ausência de restrição na expressão dos sentimentos do indivíduo, frequentemente com uma sobrevalorização da sua importância;
- **irritável**: facilmente aborrecido e facilmente enraivecido.

Ideação paranoide: ideação, de menores proporções que a delirante, envolvendo a suspeição ou a convicção de que o indivíduo está a ser assediado, perseguido ou tratado injustamente.

Ideia sobrevalorizada: convicção não razoável e prolongada, que é mantida com menor intensidade que as ideias delirantes (ou seja, o indivíduo é capaz de reconhecer a possibilidade de a crença não ser verdadeira). A crença não é habitualmente aceite por outros membros da cultura ou subcultura do indivíduo.

Ideias de referência: sentimento de que incidentes causais e eventos externos têm um significado especial e invulgar, específico da pessoa. Devem distinguir-se dos DELÍRIOS DE REFERÊNCIA, nos quais existe uma crença que é mantida com convicção delirante.

Ideias suicidas (ideação suicida): pensamentos sobre autolesão, com intenção deliberada ou planeamento de técnicas suscetíveis de provocarem a morte do indivíduo.

Início do sono REM: ocorrência da fase de sono com movimentos oculares rápidos (abreviatura inglesa: REM) alguns minutos depois de adormecer. Geralmente avaliado por meio de polissonografia – TESTE DE LATÊNCIAS MÚLTIPLAS DO SONO.

Insegurança de separação: medo de ficar só devido a rejeição por, e/ou separação de, outros significantes, baseado na falta de confiança na própria capacidade de cuidar de si próprio, tanto física como emocionalmente. A insegurança de separação é uma faceta do domínio do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

Identidade de género: categoria ou identidade social que se refere à identificação de um indivíduo como homem, mulher ou, ocasionalmente, uma categoria diferente destas duas.

Identidade: experiência de si mesmo como único, com fronteiras claras entre si e os outros; estabilidade da autoestima e precisão de autoavaliação; capacidade para ter, e aptidão para regular, uma variedade de experiências emocionais.

Ilusão: perceção ou interpretação erradas de um estímulo real externo, tal como ouvir um restolhar de folhas como o som de vozes. *Ver também* ALUCINAÇÃO.

Impulsividade: atuar sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; atuar com base no momento, sem um plano ou sem consideração pelas consequências; dificuldade em estabelecer e respeitar planos; sentido de urgência e comportamento autolesivo

sob sofrimento emocional. A impulsividade é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

Incoerência: discurso ou pensamento que é essencialmente incompreensível para os outros, porque as palavras ou frases são associadas sem lógica ou significado. Esta distorção ocorre *dentro* das proposições, em contraste com o descarrilamento, no qual a distorção ocorre *entre* as proposições. Esta perturbação tem sido, por vezes, referida como «salada de palavras» para transmitir o grau de desorganização linguística. As construções gramaticais ligeiramente deficientes ou características de regiões particulares ou de uma dada estrutura cultural, a falta de instrução ou o baixo nível de inteligência não devem ser considerados como incoerência. O termo geralmente não se aplica quando há evidência de que a perturbação do discurso é devida a afasia.

Ingestão alimentar excessiva: ingerir alimentos em quantidade excessiva e demasiado rapidamente.

Insensibilidade: ausência de interesse pelos sentimentos ou preocupações dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais que as ações do indivíduo possam ter sobre os outros. A insensibilidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade ANTAGONISMO.

Insónia: queixa subjetiva de dificuldade em adormecer, de se manter adormecido ou de má qualidade do sono.

Intimidade: profundidade e duração da ligação com os outros; desejo e capacidade de proximidade; mutualidade de respeito refletida no comportamento interpessoal.

Irresponsabilidade: desrespeito por – e incapacidade para honrar – obrigações ou compromissos financeiros ou de outra natureza; desrespeito por – e incumprimento – de acordos e promessas; negligência pelos bens dos outros. A irresponsabilidade é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

Labilidade emocional: instabilidade das experiências emocionais e do humor; emoções que são facilmente ativadas, intensas e/ou desproporcionadas em relação aos eventos e circunstâncias. A labilidade emocional é uma faceta do domínio do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

Letargia: estado de diminuição da atividade mental, que se caracteriza por lentidão, sonolência, inatividade e diminuição da vigilância.

Luto: o estado de ter perdido, por morte, alguém com quem se tinha uma relação íntima. Este estado inclui várias respostas de dor e sofrimento.

Macropsia: perceção visual de que os objetos são maiores do que na realidade são. Comparar com MICROPSIA.

Mal-estar psicológico: conjunto de sintomas e experiências da vida interior do indivíduo que geralmente são tidas como preocupantes, geradoras de confusão ou fora do comum.

Maneirismo: estilo individual, peculiar e característico, de movimento, ação, pensamento ou discurso.

Mania: estado mental de humor elevado, expansivo ou irritável e nível persistentemente aumentado de atividade ou energia. *Ver também* HIPOMANIA.

Manipulação: uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, encanto, palavreado ou operação de charme para atingir os próprios fins. A manipulação é uma faceta do domínio do traço de personalidade ANTAGONISMO.

Mecanismo de defesa: mecanismo que medeia a reação do indivíduo a conflitos emocionais e fatores de stress externos. Alguns mecanismos de defesa (por exemplo, projeção, cliva-

gem, passagem ao ato) são quase invariavelmente mal-adaptativos. Outros (por exemplo, supressão, negação) podem ser desadaptativos ou adaptativos, dependendo da sua gravidade e inflexibilidade e do contexto no qual ocorrem.

Medidas psicométricas: instrumentos normalizados tais como escalas, questionários, testes e avaliações que são concebidos para medir o conhecimento, as capacidades, as atitudes e os traços de personalidade humanos.

Medo: resposta emocional a uma ameaça ou perigo iminente percebidos, associada com impulsos para fugir ou lutar.

Melancolia (melancólico): estado mental caracterizado por depressão muito grave.

Micropsia: perceção visual de que os objetos são menores do que na realidade são. Comparar com MACROPSIA.

Movimentos oculares rápidos (na terminologia anglo-saxónica, REM): sinal comportamental da fase de sono durante a qual é provável que o indivíduo esteja a ter atividade mental de tipo onírico.

Mutismo: ausência de, ou muito pouca, resposta verbal (na ausência de afasia conhecida).

Narcolepsia: perturbação do sono caracterizada por períodos de extrema sonolência e episódios do sono diurnos (ataques de sono). Estes devem ter ocorrido pelo menos 3 vezes por semana durante os 3 últimos meses (na ausência de tratamento).

Negativismo: oposição a sugestões ou conselhos; comportamento oposto ao que seria apropriado a uma situação específica ou contra os desejos dos outros, incluindo resistência direta a esforços para moverem o indivíduo.

Obsessão: pensamentos, impulsos ou imagens, recorrentes e persistentes, experimentados em determinado momento durante a perturbação, que são considerados intrusivos e indesejados, e que na maior parte dos indivíduos provocam marcada ansiedade ou mal-estar. O indivíduo tenta ignorá-los, suprimi-los, neutralizá-los por meio de outro pensamento ou ação (por exemplo, realizando uma compulsão).

Padrão sazonal: padrão de ocorrência de uma perturbação mental específica em determinadas estações do ano.

Parassónias: perturbações do sono que envolvem comportamentos ou eventos fisiológicos anormais, que ocorrem durante o sono ou durante as transições sono-vigília. Comparar com DISSÓNIAS.

Pensamento mágico: crença errada de que os pensamentos, palavras ou acções do indivíduo podem provocar ou evitar um determinado acontecimento de um modo particular que desafia as leis normais de causa-efeito. O pensamento mágico pode fazer parte do desenvolvimento normal das crianças.

Perfecionismo rígido: insistência rígida em que tudo seja sem falhas, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o desempenho próprio e alheio; sacrifício da pontualidade para garantir correção em cada pormenor; crença de que há apenas uma forma correta de fazer as coisas; dificuldade em mudar de ideias e/ou pontos de vista; preocupação com pormenores, organização e ordem. A ausência de perfecionismo rígido é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

Perseveração: persistência em tarefas ou numa determinada forma de fazer as coisas, muito depois de o comportamento ter deixado de ser funcional ou eficaz; continuação do mesmo comportamento apesar de repetidos insucessos ou apesar de haver razões claras para parar. A perseveração é uma faceta do domínio do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

Personalidade: padrões duradouros do perceber, relacionar-se e pensar em relação ao meio ambiente e a si mesmo. Os TRAÇOS DE PERSONALIDADE são aspetos proeminentes da personalidade que se manifestam de formas relativamente consistentes através do tempo e das situações. Os traços de personalidade influenciam o ego e o funcionamento interpessoal. Dependendo da sua gravidade, os défices do funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade podem refletir a presença de uma perturbação da personalidade.

Perturbação da personalidade com traço especificado: na Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade» propõe-se uma categoria de diagnóstico para ser utilizada quando se considera estar presente uma perturbação da personalidade, sem que se preencham os critérios de qualquer perturbação específica. A *perturbação da personalidade com traço especificado (PP-ET)* define-se por um défice significativo do funcionamento da personalidade, avaliado por meio da Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade *(Level of Personality Functioning Scale)* e um ou mais DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE OU FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos. A PP-ET é proposta na Secção III do DSM-5 para continuação de estudo como possível categoria futura para substituir a Perturbação da Personalidade com Outra Especificação e a Perturbação da Personalidade Não Especificada.

Perturbação de pesadelos: episódios repetidos de sonhos extensos, extremamente disfóricos e bem recordados, que envolvem geralmente esforços para evitar ameaças à vida, à segurança ou à integridade física e que ocorrem em geral durante a segunda metade do principal episódio de sono. Ao despertar dos sonhos disfóricos, o indivíduo torna-se rapidamente orientado e alerta.

Perturbação do desenvolvimento sexual: condição em que existem desvios somáticos congénitos significativos relativamente ao normal e/ou discrepâncias entre os indicadores biológicos dos géneros masculino e feminino.

Perturbação purgativa: perturbação do comportamento alimentar caracterizada por comportamento purgativo recorrente para influenciar o peso ou a forma corporais, tais como vómito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos, ou outros medicamentos, na ausência de ingestão compulsiva.

Pica: ingestão persistente de substâncias não alimentares não nutritivas durante um período de pelo menos um mês. A ingestão de substâncias não alimentares não nutritivas é inadequada ao nível de desenvolvimento do indivíduo (sugere-se a idade mínima de 2 anos para o diagnóstico). O comportamento alimentar não faz parte de uma prática normativa suportada cultural ou socialmente.

Polissonografia: a polissonografia, também conhecida como estudo do sono, é um teste multimétrico usado para o estudo do sono e como ferramenta de diagnóstico em medicina do sono. O resultado do teste chama-se *polissonograma* (abreviado para *PSG*). O PSG monitoriza muitas funções corporais, incluindo o cérebro (eletrencefalografia), os movimentos oculares (eletroculografia), a actividade muscular ou a ativação da musculatura esquelética (eletromiografia) e o ritmo cardíaco (eletrocardiografia).

Postura inapropriada: manutenção espontânea e ativa de uma postura contra a força da gravidade (como se observa na CATATONIA). As posturas anormais também podem ser um sinal de certas lesões do cérebro ou da medula espinal, incluindo as seguintes:

- **opistótono:** as costas estão rígidas e arqueada e a cabeça está lançada para trás;
- **postura em descerebração:** os braços e as pernas encontram-se em hiperextensão, os dedos dos pés apontam para baixo e a cabeça e o pescoço estão arqueados para trás;

postura em descorticação: o corpo está rígido, os membros superiores estão rígidos e em flexão, os punhos estão fechados e as pernas estão em extensão.

Uma pessoa afetada pode alternar entre diferentes posturas à medida que a condição se altera.

Pragmática da linguagem: compreensão e uso da língua num dado contexto. Por exemplo, o aviso «Olha para as tuas mãos» quando feito a uma criança suja destina-se não só a levá-la a olhar para as mãos, mas também para lhe comunicar a advertência «Não sujes nada».

Preocupação: pensamento desagradável ou desconfortável que não pode ser conscientemente controlado pela tentativa de dirigir a atenção para outros assuntos. A preocupação é frequentemente persistente, repetitiva e desproporcionada em relação ao assunto que a causa (pode mesmo ser uma banalidade).

Pressão do discurso: o discurso, que está aumentado em quantidade e velocidade, é difícil ou impossível de interromper. Habitualmente é também em tom alto e enfático. Frequentemente, a pessoa fala sem qualquer estimulação social e pode continuar a falar, mesmo que ninguém esteja a ouvir.

Procura de atenção: envolver-se em comportamentos destinados a atrair a atenção e tornar-se no foco da atenção e da admiração dos outros. A procura de atenção é uma faceta do domínio do traço de personalidade ANTAGONISMO.

Pródromo: sinais ou sintomas precoces ou premonitórios de uma perturbação.

Pseudociese: crença falsa de estar grávida, que está associada com sinais objetivos e sintomas relatados de gravidez.

Psicoticismo: manifestação de múltiplos comportamentos e cognições culturalmente incongruentes, estranhos, excêntricos ou invulgares, incluindo tanto o processo (por exemplo, perceção, dissociação) como o conteúdo (por exemplo, crenças). O psicoticismo é um dos cinco grandes DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE definidos na Secção III «Modelo Alternativo do DSM-5 para Perturbações da Personalidade».

Reatribuição de género: uma mudança de género que pode ocorrer por via médica (hormonas, cirurgia), por via legal (reconhecimento pelas autoridades competentes) ou por ambas. No caso de intervenções médicas, diz-se muitas vezes *reatribuição de sexo*.

Resposta de alarme (ou «reacção de alarme»): reacção involuntária (reflexa) a um estímulo súbito e inesperado, tal como um ruído intenso ou movimento brusco.

Ritmos biológicos: *ver* RITMOS CIRCADIANOS.

Ritmos circadianos: variações cíclicas do funcionamento fisiológico e bioquímico, do nível da atividade sono-vigília e do estado emocional. Os ritmos circadianos têm um ciclo de cerca de 24 horas, os ritmos *ultradianos* têm um ciclo mais curto que um dia e os ritmos *infradianos* têm um ciclo que pode durar semanas ou meses.

Ruminação (perturbações de ruminação): regurgitação repetida de alimentos durante um período de pelo menos um mês. Os alimentos regurgitados podem voltar a ser mastigados e engolidos, ou cuspidos. Nas perturbações de ruminação não existe evidência de que uma condição gastrintestinal associada, nem de outra condição médica (por exemplo, refluxo gastresofágico) seja suficiente para explicar a regurgitação repetida.

Sexo: indicação biológica de masculino ou feminino (compreendida no contexto da capacidade reprodutiva), tal como cromossomas sexuais, gónadas, hormonas sexuais e órgãos genitais internos e externos não ambíguos.

Sinal: manifestação objetiva de uma condição patológica. Os sinais são observados pelo examinador e não relatados pelo indivíduo afetado. Comparar com SINTOMA.

Síndrome: grupo de sinais e sintomas que pela sua frequente co-ocorrência pode sugerir uma patogénese subjacente, evolução, padrão familiar ou indicação para tratamento comuns.

Síndrome das pernas inquietas: ânsia para mover as pernas, geralmente acompanhada ou causada por sensações desconfortáveis e desagradáveis nas pernas (na síndrome das pernas inquietas pediátrica a descrição destes sintomas deve ser feita com as palavras da própria criança). Os sintomas iniciam-se ou pioram durante períodos de repouso ou inatividade. Os sintomas são parcial ou totalmente aliviados pelo movimento. Os sintomas são piores ao fim do dia ou durante a noite do que durante o dia ou ocorrem somente à noite/ao fim do dia.

Síndrome de descontinuação de antidepressivos: conjunto de sintomas que podem ocorrer após a cessação abrupta, ou a redução drástica da dose de uma medicação antidepressiva que tinha estado a ser feita durante pelo menos um mês.

Síndrome de ingestão alimentar noturna: episódios recorrentes de ingestão de alimentos durante a noite, que se manifesta por comer depois de despertar do sono, ou por consumo exagerado de alimentos depois da refeição da noite. O indivíduo tem consciência destes episódios e recorda-se deles. A alimentação noturna não é mais bem explicada por influências externas tais como as alterações do ciclo sono-vigília do indivíduo, nem por normas sociais locais.

Sinestesia: condição na qual a estimulação de uma via sensorial ou cognitiva conduz a experiências automáticas e involuntárias numa segunda via sensorial ou cognitiva.

Sintoma: manifestação subjetiva de uma condição patológica. Os sintomas são relatados pelo indivíduo afetado em vez de observados pelo examinador. Comparar com SINAL.

Sintoma conversivo: perda ou alteração da motilidade voluntária ou do funcionamento sensorial, com ou sem défice de consciência aparente. O sintoma não é completamente explicado por uma condição neurológica ou outra condição médica, nem pelos efeitos diretos de uma substância, nem é intencionalmente produzido nem simulado.

Sintomas mistos: o especificador «com características mistas» aplica-se aos episódios do humor durante os quais estão presentes sintomas subliminares do polo oposto. Enquanto estes sintomas «mistos» concorrentes são relativamente simultâneos, eles podem também ocorrer justapostos no tempo como um aumento e diminuição recorrente de sintomas individuais do polo oposto (isto é, sintomas depressivos durante episódios maníacos ou hipomaníacos, e vice-versa).

Sonambulismo: episódios repetidos de levantar da cama durante o sono e de deambulação, que ocorrem geralmente durante o primeiro terço do período de sono principal. Enquanto o episódio dura, o indivíduo tem o olhar fixo e perdido, está relativamente arreativo às tentativas dos outros para comunicarem com ele e só pode ser acordado com grande dificuldade.

Sonolência: estado de quase adormecimento, desejo intenso de dormir, ou dormir durante períodos invulgarmente longos. Este termo possui dois significados distintos, designando tanto o estado habitual que precede o adormecimento, como a condição crónica que envolve estar nesse estado, independentemente do ritmo circadiano. Comparar com HIPERSÓNIA.

Stress: padrão de respostas específicas e inespecíficas que o indivíduo dá a estímulos e eventos que perturbam o seu equilíbrio e sobrecarregam ou excedem a sua capacidade de lhes fazer frente.

Submissividade: adaptação do próprio comportamento aos interesses e desejos efetivos ou percebidos, mesmo quando isso é contrário aos próprios interesses, necessidades ou desejos. A submissividade é uma faceta do domínio do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

Subsindrómico: que se encontra abaixo do nível ou limiar especificados, exigidos para a qualificação para uma determinada condição. As condições subsindrómicas (*formas frustes*) são condições médicas que não preenchem os critérios completos para um determinado diagnóstico – por exemplo, porque os sintomas são em menor quantidade ou têm menor gravidade do que na síndrome definida – mas que, não obstante, podem ser identificados e relacionados com a síndrome «completa».

Suicídio: o ato de causar intencionalmente a própria morte.

Suspeição: expectativa de – e sensibilidade a – sinais de má-intenção ou maldade interpessoal; dúvidas sobre a lealdade e fidelidade dos outros; sentimentos de estar a ser maltratado, usado e/ou perseguido por outros. Suspeição é uma faceta do domínio alargado de traços de personalidade DESPRENDIMENTO.

Tentativa de suicídio: tentativa para terminar com a própria vida, o que pode provocar a própria morte.

Terrores noturnos: episódios recorrentes de despertares abruptos, que ocorrem em geral durante o primeiro terço do período de sono principal, iniciados com um grito de pânico. Nestes episódios existe intenso medo e sinais de ativação autonómica, tais como midríase, taquicardia, respiração rápida e suores.

Teste de latências múltiplas do sono: avaliação polissonográfica do tempo que decorre até ao início do sono, no qual são avaliados vários ciclos curtos sono-vigília durante uma única sessão. O teste mede de forma repetida o tempo para início do sono diurno («latência do sono») e a ocorrência e a duração do tempo até ao início da fase de sono REM.

Tique: movimentos ou vocalizações involuntários, súbitos, rápidos, recorrentes e não rítmicos.

Tolerância: situação que ocorre com o uso continuado de uma substância, na qual o indivíduo tem necessidade de dosagens cada vez maiores para obter o mesmo efeito.

Tomada de riscos: envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente autolesivas, desnecessariamente e sem consideração pelas consequências; ausência de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade de perigo pessoal; perseguição imprudente de objetivos independentemente do nível de risco envolvido. O envolvimento em comportamentos de risco é uma faceta do domínio do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

Traço de personalidade: tendência para o indivíduo se comportar, sentir, perceber e pensar de formas relativamente constantes através do tempo e das situações nas quais o traço se pode manifestar.

Transexual: indivíduo que procura, ou que se submeteu a uma transição social de homem para mulher ou de mulher para homem, que em muitos casos, mas não em todos, envolve uma transição somática por tratamento hormonal transexual e cirurgia genital («cirurgia de reatribuição de sexo»).

Transgénero: amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou permanente, se identificam com um género diferente do seu género à nascença.

Glossário de Conceitos Culturais de Mal-Estar

Ataque de nervios

O *ataque de nervios* («ataque de nervos») é uma síndrome que se observa entre indivíduos de descendência latina, caracterizada por sintomas de intensa perturbação emocional, incluindo ansiedade aguda, raiva ou mal-estar, gritos descontrolados, ataques de choro, tremuras, calor no peito que sobe à cabeça, e tornar-se verbal ou fisicamente agressivo. Experiências dissociativas (por exemplo, despersonalização, desrealização, amnésia), episódios de tipo epiléptico ou desmaios e atitudes suicidas podem ser proeminentes nalguns *ataques*, mas estarem ausentes noutros. Uma característica geral do *ataque de nervios* é a sensação de estar descontrolado. Os ataques ocorrem muitas vezes em consequência directa de um evento stressante relacionado com a família, tal como a notícia do falecimento de um familiar próximo, conflitos com o cônjuge ou os filhos, ou assistir a um acidente que envolva um membro da família. Num pequeno número de indivíduos, não ocorre qualquer evento social que desencadeie os seus *ataques*; ao invés, a sua vulnerabilidade à perda do controlo advém da acumulação de experiências de mal-estar.

Não se encontrou nenhuma relação unívoca entre o *ataque* e qualquer perturbação psiquiátrica específica, embora várias perturbações, incluindo perturbação de pânico, perturbação dissociativa não especificada ou com outra especificação e perturbação de conversão tenham uma sobreposição sintomática com o *ataque*.

Em amostras comunitárias, o *ataque* está associado com ideação suicida, incapacidade e utilização de serviços de psiquiatria em ambulatório, após adaptação dos diagnósticos psiquiátricos, exposição traumática e outras covariáveis. Porém, alguns *ataques* representam expressões normativas de mal-estar agudo (por exemplo, num funeral) sem sequelas clínicas. O termo *ataque de nervios* pode também referir-se a uma expressão idiomática de mal-estar que inclui algum paroxismo de emocionalidade de tipo «ataque» (por exemplo, riso histérico) e pode ser usado para indicar um episódio de perda do controlo em resposta a um factor de stress intenso.

Condições relacionadas noutros contextos culturais: indisposição no Haiti, *blacking out* no Sul dos EUA e *falling out* nas Antilhas.

Condições relacionadas no DSM-5: ataque de pânico, perturbação de pânico, perturbação dissociativa não especificada ou com outra especificação, perturbação de conversão (sintoma neurológico funcional), perturbação explosiva intermitente, perturbação de ansiedade não especificada ou com outra especificação, perturbação relacionada com factores de stress ou trauma não especificada ou com outra especificação.

Síndrome *dhat*

Síndrome dhat é uma expressão que foi criada no Sul da Ásia há pouco mais de meio século para designar apresentações clínicas comuns de homens jovens que atribuíam os seus sintomas a perda de esperma. Apesar do nome, não se trata de uma síndrome autónoma, mas sim de uma explicação cultural de mal-estar de doentes que referem diversos sintomas, tais como ansiedade, fadiga, fraqueza, perda de peso, impotência, múltiplas outras queixas somáticas e humor depressivo. A característica essencial é a ansiedade e o mal-estar devidos à perda de *dhat* na ausência de qualquer disfunção fisiológica identificável. A *dhat* foi identificada pelos doentes como um corrimento branco notado ao defecar ou urinar. As ideias sobre esta substância estão relacionadas com o conceito de *dhatu* (esperma), descrito no sistema de medicina hindu, *Ayurveda*, como um de sete fluidos corporais essenciais, cujo equilíbrio é necessário para a manutenção da saúde.

Embora a *síndrome dhat* fosse formulada como um guia cultural para a prática clínica local, verificou-se que ideias relacionadas com os efeitos nocivos da perda de esperma estão disseminadas na população geral, o que sugere uma disposição cultural para explicar problemas de saúde e sintomas com referência à *síndrome dhat*. A investigação em serviços de cuidados de saúde produziu diferentes estimativas da prevalência da síndrome (por exemplo, 64% dos homens atendidos em clínicas psiquiátricas na Índia por queixas sexuais; 30% dos homens em consultas em clínicas médicas no Paquistão). Embora a *síndrome dhat* seja mais frequentemente identificada em homens jovens provenientes de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, os homens de meia-idade também podem ser afetados. Queixas semelhantes de corrimento vaginal branco (leucorreia) também foram associadas com uma variante do conceito no sexo feminino.

Condições relacionadas noutros contextos culturais: *koro* no Sudeste Asiático, especialmente em Singapura, e *shen-k'uei* («deficiência dos rins») na China.

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de sintomas somáticos, perturbação de ansiedade de doença, perturbação erétil, ejaculação precoce (prematura), disfunção sexual não especificada ou com outra especificação, problema académico.

Khyâl cap

«Ataques *khyâl*» *(khyâl cap)*, ou «ataques de vento», é uma síndrome que se encontra em cambojanos nos EUA e no Camboja. Os sintomas comuns incluem os dos ataques de pânico, tais como tonturas, palpitações, falta de ar e extremidades frias, bem como outros sintomas de ansiedade e ativação autonómica (por exemplo, zumbidos nos ouvidos e dores no pescoço). Os ataques *khyâl* incluem cognições catastróficas centradas na preocupação de que o *khyâl* (uma substância semelhante ao vento) pode aparecer no corpo – juntamente com o sangue – e provocar uma série de efeitos graves (por exemplo, comprimir os pulmões e provocar falta de ar e asfixia, entrar no crânio e provocar zumbidos nos ouvidos, tonturas, visão desfocada e uma síncope fatal). Os ataques *khyâl* podem ocorrer sem aviso, mas são em geral provocados por desencadeadores como pensamentos preocupantes, manter-se em pé (isto é, ortostaismo), certos odores com associações negativas e pistas de tipo agorafóbico, tais como estar em espaços lotados ou andar de automóvel. Os ataques *khyâl* preenchem, em regra, os critérios para ataque de pânico e podem influenciar outras perturbações de ansiedade e perturbações relacionadas com trauma e factores de stress. Os ataques *khyâl* podem estar associados com considerável incapacidade.

Condições relacionadas noutros contextos culturais: Laos *(pen lom)*, Tibete *(srtog rlung gin nad)*, Sri Lanka *(vata)* e Coreia *(hwa byung)*.

Condições relacionadas no DSM-5: ataque de pânico, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, agorafobia, perturbação de stress pós-traumático, perturbação de ansiedade de doença.

Kufungisisa

Kufungisisa («pensar demasiado», em xona) é uma expressão de mal-estar e de explicação cultural utilizada pelo povo xona do Zimbabué. Como explicação, considera-se que ela provoca ansiedade, depressão e problemas somáticos (por exemplo, «o meu coração doi porque penso demasiado»). Como expressão idiomática de mal-estar psicossocial, é indicadora de dificuldades interpessoais e sociais (por exemplo, problemas conjugais, não ter dinheiro para cuidar dos filhos). A síndrome *kufungisisa* envolve a ruminação de pensamentos perturbadores, em especial preocupações.

A *kufungisisa* está associada com uma variedade de psicopatologias, incluindo sintomas de ansiedade, preocupação excessiva, ataques de pânico, sintomas depressivos e irritabilidade. Num estudo de uma amostra comunitária aleatória, dois terços dos casos identificados por uma medida geral de psicopatologia eram desta queixa.

Em muitas culturas, considera-se que «pensar demasiado» pode lesionar a mente e o corpo e provocar sintomas específicos como cefaleias e tonturas. «Pensar demasiado» também pode ser a componente-chave de síndromes culturais, como a *brain fag* (esgotamento do cérebro) na Nigéria. No caso da *brain fag*, «pensar demasiado» é atribuído primariamente ao excesso de estudo, que se considera que provoca lesões no cérebro, com sintomas que incluem sensação de calor ou de reptação na cabeça.

Condições relacionadas noutros contextos culturais: «pensar demasiado» é uma expressão idiomática de angústia e de explicação cultural comum a muitos países e grupos étnicos. Foi descrita na África, nas Caraíbas e na América Latina, bem como no Leste da Ásia e em grupos de nativos americanos.

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de stress pós-traumático, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de luto complicado persistente (ver «Condições para Estudo Futuro»).

Maladi moun

Maladi moun (literalmente «doença provocada pelo homem», também chamada «doença enviada») é uma explicação cultural das comunidades do Haiti para diversas perturbações médicas e psiquiátricas. Segundo este modelo explicativo, a inveja e a malícia interpessoal fazem que as pessoas provoquem mal aos seus inimigos mandando-lhes doenças como psicoses, depressão, insucesso social ou académico e incapacidade para realizarem atividades da vida diária. O modelo etiológico assume que a doença pode ser provocada pela inveja e pelo ódio de terceiros, com origem no êxito económico, que pode ser evidenciado por um novo emprego ou uma compra dispendiosa. Assume-se que o ganho de uma pessoa provoca a perda de outra pessoa, e, portanto, o êxito visível torna o indivíduo vulnerável ao ataque. A atribuição do rótulo *doença enviada* depende mais do modo de início e do estatuto social do que dos sintomas de apresentação. O início agudo de novos sintomas ou uma alteração abrupta do comportamento levantam suspeitas de um ataque espiritual. Alguém

que é atraente, inteligente ou abastado é considerado particularmente vulnerável e mesmo as crianças pequenas saudáveis estão em risco.

Condições relacionadas noutros contextos sociais: preocupações com a doença (tipicamente doença física) provocada pela inveja ou conflito social são comuns em várias culturas e com frequência expressas sob a forma de mau-olhado (por exemplo, em castelhano *mal de ojo*, em italiano *mal'occhiu*).

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação delirante, tipo persecutório; esquizofrenia, com características paranoides.

Nervios

Nervios («nervos») é uma expressão idiomática de mal-estar usada por latinos nos EUA e na América Latina. O termo *nervios* designa um estado geral de vulnerabilidade a experiências de vida stressantes e a condições de vida difíceis. O termo *nervios* inclui uma grande variedade de sintomas de mal-estar emocional, perturbação somática e incapacidade de funcionar. Os sintomas mais comuns atribuídos aos *nervios* incluem cefaleias e «dores no cérebro» (tensão na região occipital), irritabilidade, perturbações gástricas, problemas de sono, nervosismo, facilidade em chorar, incapacidade para se concentrar, tremores, sensação de formigueiro e *mareos* (enjoos – tonturas com exacerbações ocasionais de tipo vertiginoso). O termo *nervios* possui um sentido de mal-estar suficientemente amplo, cuja gravidade pode englobar desde casos sem qualquer perturbação mental até apresentações que se assemelham a perturbações de ajustamento, de ansiedade, depressivas, dissociativas, de sintomas somáticos ou psicóticas. «Ser nervoso desde a infância» parece assemelhar-se mais a um traço e pode preceder a perturbação de ansiedade social, enquanto «estar doente dos nervos» está mais relacionado do que outras formas de *nervios* com problemas psiquiátricos, especialmente dissociação e depressão.

Condições relacionadas com outros contextos culturais: *nevra* entre os gregos que vivem na América do Norte, *nierbi* entre sicilianos na América do Norte e *nerves* entre indivíduos de raça branca na região dos Apalaches e da Terra Nova.

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social, perturbação dissociativa não especificada ou com outra especificação, perturbação de sintomas somáticos e esquizofrenia.

Shenjing shuairuo

Shenjing shuairuo («fraqueza do sistema nervoso», em mandarim) é uma síndrome cultural que integra categorias concetuais da medicina tradicional chinesa com o diagnóstico ocidental de neurastenia). Na segunda edição, revista, da *Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-2-R)*, *shenjing shuairuo* é definida como uma síndrome composta por 3 de 5 conjuntos de sintomas não hierarquizados: fraqueza (por exemplo, fadiga mental), emoções (por exemplo, sentir-se vexado), excitação (por exemplo, aumento do número de recordações), dor nervosa (por exemplo, cefaleia) e sono (por exemplo, insónia). *Fan nao* (sentir-se vexado) é uma forma de irritabilidade combinada com preocupação e mal-estar devidos a pensamentos conflituais e desejos insatisfeitos. A terceira edição da *CCMD* conserva *shenjing shuairuo* como um diagnóstico de exclusão somatoforme. Os principais desencadeadores na *shenjing shuairuo* incluem factores de stress relacionados com o trabalho ou a família, perder a face (*mianzi, lianzi*) e um sentimento agudo de insucesso (por exemplo, no desempenho académico). *Shenjing shuai-*

ruo está relacionado com conceitos tradicionais de fraqueza (*xu*) e desequilíbrios da saúde relacionados com deficiências da essência vital (por exemplo, a depleção do *qi* [energia vital] secundária a tensão excessiva ou estagnação do *qi* devida a preocupação excessiva). De acordo com a interpretação tradicional, *shenjing shuairuo* ocorre quando os canais corporais (*jing*) que transportam as forças vitais (*shen*) se desregulam em consequência de diversos fatores de stress sociais e interpessoais, tais como a incapacidade para modificar uma situação cronicamente frustrante e angustiante. Várias perturbações psiquiátricas estão associadas com *shenjing shuairuo*, nomeadamente perturbações do humor, de ansiedade e de sintomas somáticos. Porém, em clínicas médicas da China, um número de até 45% dos doentes com *shenjing shuairuo* não preenche os critérios de qualquer perturbação do DSM-IV.

Condições relacionadas noutros contextos culturais: expressões idiomáticas e síndromes do espectro da neurastenia estão presentes na Índia (*ashaktapanna*) e no Japão (*shinkei-suijaku*), entre outros contextos. Outras condições, como a síndrome *brain fag* (esgotamento do cérebro), a síndrome de *burnout* (esgotamento) e a síndrome de fadiga crónica estão também intimamente relacionadas.

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de sintomas somáticos, perturbação de ansiedade social, fobia específica e perturbação pós-stress traumático.

Susto

O *susto* («susto») é uma explicação cultural para o mal-estar e infortúnio prevalentes entre alguns indivíduos de origem latina nos EUA e entre populações do México, América Central e América do Sul. Entre os latinos das Caraíbas não é reconhecido como categoria patológica. O *susto* é uma doença atribuída a um evento assustador que faz que a alma abandone o corpo, facto que tem por consequência infelicidade e doença, bem como dificuldades de funcionamento em papéis sociais fulcrais. Os sintomas podem manifestar-se em qualquer momento, no espaço de dias ou anos após o evento assustador ter sido vivenciado. Em casos extremos, o *susto* pode resultar na morte. Não existem sintomas específicos definidores de *susto*; porém, os sintomas que são relatados com frequência pelas pessoas com esta patologia incluem perturbações do apetite, sono inadequado ou excessivo, perturbações do sono ou sonhos, sentimentos de tristeza, baixa autoestima ou falta de higiene pessoal, sensibilidade interpessoal e ausência de motivação para tudo. Os sintomas somáticos que acompanham o *susto* podem incluir dores musculares, extremidades frias, palidez, cefaleias, dores abdominais e diarreia. Os eventos desencadeantes são diversos e incluem fenómenos naturais, animais, situações interpessoais e agentes sobrenaturais, entre outros.

Foram identificados 3 tipos sindrómicos de *susto* (designados como *cibih* na língua zapoteca local), cada um dos quais possui diferentes relações com diagnósticos psiquiátricos. Um *susto* interpessoal caracterizado por sentimentos de perda, abandono e não ser amado pela família, acompanhado por sintomas de tristeza, autoimagem negativa e ideação suicida, parece estar intimamente relacionado com a perturbação depressiva major. Nos casos em que o *susto* resulta de um evento traumático que tenha desempenhado um papel importante na determinação dos sintomas e no processamento emocional da experiência, o diagnóstico de perturbação pós-stress traumático parece ser o mais apropriado. Julga-se que o *susto* caracterizado por vários sintomas somáticos recorrentes – para os quais a pessoa procurou tratamento em diferentes médicos – se assemelha à perturbação de sintomas somáticos.

Condições relacionadas noutros contextos: encontram-se conceitos etiológicos e configurações de sintomas semelhantes globalmente. Na região dos Andes, o *susto* é chamado *espanto*.

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação depressiva major, perturbação de stress pós-traumático, perturbação relacionada com factor de stress ou trauma não especificada ou com outra especificação, perturbações de sintomas somáticos.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho («perturbação de medo interpessoal», em japonês) é uma síndrome cultural que se caracteriza por ansiedade devido a, e evitamento de, situações interpessoais devidas ao facto de o indivíduo pensar, sentir ou estar convencido de que a sua aparência e o seu comportamento em interacções sociais são inadequados e ofensivos para os outros. Nos EUA, a variante envolve exalar um odor corporal que incomoda os outros e chama-se *síndrome de referência olfativa*. Os indivíduos com *taijin kyofusho* tendem a concentrar-se no impacte dos seus sintomas e comportamentos nos outros. As variantes incluem preocupações graves com rubor facial (eritrofobia), exalar um odor corporal desagradável (síndrome de referência olfativa), olhar inapropriado (contacto ocular excessivo ou insuficiente), expressão facial ou movimentos corporais rígidos ou desastrados (por exemplo, rigidez, tremores) ou deformidade corporal.

Taijin kyofusho é um constructo mais amplo do que o de perturbação da ansiedade social no DSM-5. Para além da ansiedade com o desempenho, *taijin kyofusho* inclui duas formas relacionadas com a cultura: um «tipo sensível», com sensibilidade social e ansiedade em relação com as interações interpessoais, extremas, e um «tipo ofensivo», no qual a principal preocupação reside em poder ofender os outros. Enquanto categoria, *taijin kyofusho* inclui, portanto, síndromes com características de perturbação dismórfica corporal, bem como de perturbação delirante. As preocupações podem ter uma natureza delirante, respondendo mal à simples tranquilização ou argumentação.

Os sintomas distintivos de *taijin kyofusho* ocorrem em contextos culturais específicos e, em certa medida, com ansiedade social mais grave em várias culturas. Encontram-se síndromes semelhantes na Coreia e noutras sociedades que conferem grande ênfase à manutenção autoconsciente de comportamento social apropriado em relações interpessoais hierarquizadas. Também foram descritos sintomas de tipo *taijin kyofusho* noutros contextos culturais, incluindo os EUA, a Austrália e a Nova Zelândia.

Condições relacionadas noutros contextos culturais: *taein kong po* na Coreia.

Condições relacionadas no DSM-5: perturbação de ansiedade social, perturbação dismórfica corporal, perturbação delirante, perturbação obsessivo-compulsiva, síndrome de referência olfativa (um tipo de perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas com outra especificação). A síndrome de referência olfativa está especificamente relacionada com a variante *jikoshu-kyofu* da *taijin kyofusho*, cujo sintoma nuclear é a preocupação de que o indivíduo exala um odor corporal desagradável. Esta apresentação observa-se em diversas culturas fora do Japão.

Lista Alfabética de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-9-CM e ICD-10-CM

Os códigos da ICD-9-CM devem ser utilizados para codificação nos Estados Unidos até 30 de Setembro de 2014. A partir de 1 de Outubro de 2014 serão utilizados os códigos da ICD-10-CM.

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
291.81		Abstinência de álcool
	F10.232	Com alterações da perceção
	F10.239	Sem alterações da perceção
292.0	F15.23	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante
305.70	F15.10	Ligeira
304.40	F15.20	Moderada
		Perturbação de uso de substância de tipo anfetamina
304.40	F15.20	Severa
292.0	F15.93	Abstinência de cafeína
292.0	F12.288	Abstinência de *Cannabis*
292.0	F14.23	Abstinência de cocaína
		Abstinência de estimulantes (*ver Intoxicação por anfetamina ou cocaína para os códigos específicos*)
292.0	F11.23	Abstinência de opiáceos
292.0	F19.239	Abstinência de outra substância (ou de substância desconhecida)
292.0		Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.232	Com alterações da perceção
	F13.239	Sem alterações da perceção
292.0	F17.203	Abstinência de tabaco
		Abuso psicológico conjugal ou entre parceiros, confirmado
995.82	T74.31XA	Ocorrência inicial
995.82	T74.31XD	Ocorrência subsequente
		Abuso psicológico conjugal ou entre parceiros, suspeitado
995.82	T76.31XA	Ocorrência inicial
995.82	T76.31XD	Ocorrência subsequente
		Abuso físico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, confirmado
995.81	T74.11XA	Ocorrência inicial
995.81	T74.11XD	Ocorrência subsequente

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Abuso físico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, suspeitado
995.81	T76.11XA	Ocorrência inicial
995.81	T76.11XD	Ocorrência subsequente
		Abuso físico infantil, confirmado
995.54	T74.12XA	Ocorrência inicial
995.54	T74.12XD	Ocorrência subsequente
		Abuso físico infantil, suspeitado
995.54	T76.12XA	Ocorrência inicial
995.54	T76.12XD	Ocorrência subsequente
		Abuso psicológico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, confirmado
995.82	T74.31XA	Ocorrência inicial
995.82	T74.31XD	Ocorrência subsequente
		Abuso psicológico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, suspeitado
995.82	T76.31XA	Ocorrência inicial
995.82	T76.31XD	Ocorrência subsequente
		Abuso psicológico infantil, confirmado
995.51	T74.32XA	Ocorrência inicial
995.51	T74.32XD	Ocorrência subsequente
		Abuso psicológico infantil, suspeitado
995.51	T76.32XA	Ocorrência inicial
995.51	T76.32XD	Ocorrência subsequente
		Abuso sexual entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, confirmado
995.83	T74.21XA	Ocorrência inicial
995.83	T74.21XD	Ocorrência subsequente
		Abuso sexual entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, suspeitado
995.83	T76.21XA	Ocorrência inicial
995.83	T76.21XD	Ocorrência subsequente
		Abuso sexual infantil, confirmado
995.53	T74.22XA	Ocorrência inicial
995.53	T74.22XD	Ocorrência subsequente
		Abuso sexual infantil, suspeitado
995.53	T76.22XA	Ocorrência inicial
995.53	T76.22XD	Ocorrência subsequente
333.99	G25.71	Acatísia aguda induzida por medicamento
333.99	G25.71	Acatísia tardia
V65.49	Z70.9	Aconselhamento sexual
300.22	F40.00	Agorafobia
V60.1	Z59.1	Alojamento inadequado
310.1	F07.0	Alteração da personalidade devida a outra condição médica
V62.4	Z60.5	Alvo de descriminação desfavorável ou perseguição (percebida)

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
300.12	F44.0	Amnésia dissociativa
300.13	F44.1	Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa
307.1		Anorexia nervosa
	F50.02	Tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo
	F50.01	Tipo restritivo
		Apneia do sono central
780.57	G47.37	Apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos
327.21	G47.31	Apneia do sono central idiopática
327.23	G47.33	Apneia/hipoapneia obstrutiva do sono
315.8	F88	Atraso global do desenvolvimento
V60.2	Z59.6	Baixo rendimento
307.51	F50.2	Bulimia nervosa
293.89	F06.1	Catatonia associada com outra condição médica (especificador catatonia)
293.89	F06.1	Catatonia não especificada (codificar primeiro 781.99 [R29.818] outros sintomas que envolvem os sistemas nervoso e músculo-esquelético
312.32	F63.3	Cleptomania
V60.2	Z59.4	Com falta de comida adequada e de água potável
V71.02	Z72.810	Comportamento antissocial no adolescente ou na criança
V71.01	Z72.811	Comportamento antissocial no adulto
V62.5	Z65.0	Condenação em processo cível ou penal, sem prisão
V61.29	Z62.898	Criança afetada por relação parental atribulada
V40.31	Z91.83	Deambulação relacionada com uma perturbação mental
		Delirium
780.09	R41.0	*Delirium* com outra especificação
291.0	F10.231	*Delirium* da abstinência de álcool
292.0	F19.231	*Delirium* da abstinência de outra substância (ou de substância desconhecida)
		Delirium da abstinência de substâncias (*ver substâncias específicas para os códigos*)
292.0	F11.23	*Delirium* da abstinência por opiáceos
292.0	F13.231	*Delirium* da abstinência por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
291.0		*Delirium* da intoxicação pelo álcool
	F10.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por *Cannabis*
	F12.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F12.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F12.921	Sem perturbação de uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
292.81		*Delirium* da intoxicação por cocaína
	F14.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por fenciclidina
	F16.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por inalantes
	F18.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por opiáceos
	F11.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F11.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F11.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por outro alucinogénio
	F16.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.921	Sem perturbação de uso
292.81		*Delirium* da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.121	Com perturbação de uso, ligeira
	F13.221	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.921	Sem perturbação de uso
		Delirium da intoxicação por substâncias (*ver substâncias específicas para os códigos*)
293.0	F05	*Delirium* devido a múltiplas etiologias
293.0	F05	*Delirium* devido a outra condição médica
	F15.921	*Delirium* induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.81		*Delirium* induzido por medicamento (*para os códigos ICD-10-CM, ver substâncias específicas*)
292.81		*Delirium* induzido por medicamentos (*para os códigos ICD-10-CM, ver substâncias específicas*)
	F11.921	*Delirium* induzido por opiáceos
	F19.921	*Delirium* induzido por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F13.921	*Delirium* induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
780.09	R41.0	*Delirium* não especificado

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Delirium por abstinência de substâncias (*para os códigos, ver substâncias específicas*)
		Delirium por intoxicação por substâncias (*para os códigos, ver substâncias específicas*)
V62.4	Z60.3	Dificuldade de aculturação
333.85	G24.01	Discinesia tardia
V62.89	Z64.4	Discórdia com agente da Segurança Social, incluindo de liberdade condicional, gestor de caso ou assistente social
V60.89	Z59.2	Discórdia com vizinho, inquilino ou senhorio
302.6	F64.8	Disforia de género com outra especificação
302.85	F64.1	Disforia de género em adolescentes e adultos
302.6	F64.2	Disforia de género em crianças
302.6	F64.9	Disforia de género não especificada
302.79	F52.8	Disfunção sexual com outra especificação
291.89		Disfunção sexual induzida pelo álcool
	F10.181	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.281	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.981	Sem perturbação de uso
292.89		Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.181	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.281	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.981	Sem perturbação de uso
292.89		Disfunção sexual induzida por cocaína
	F14.181	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.281	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.981	Sem perturbação de uso
292.89		Disfunção sexual induzida por opiáceos
	F11.181	Com perturbação de uso, ligeira
	F11.281	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F11.981	Sem perturbação de uso
292.89		Disfunção sexual induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.181	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.281	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.981	Sem perturbação de uso
292.89		Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.181	Com perturbação de uso, ligeira
	F13.281	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.981	Sem perturbação de uso
		Disfunção sexual induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
302.70	F52.9	Disfunção sexual não especificada
V61.03	Z63.5	Disrupção da família por separação ou divórcio
333.72	G24.02	Distonia aguda induzida por medicamento
333.72	G24.09	Distonia tardia
V61.8	Z62.29	Educação longe dos pais
302.75	F52.4	Ejaculação prematura (precoce)
302.74	F52.32	Ejaculação retardada
307.7	F98.1	Encoprese
307.6	F98.0	Enurese
		Especificador para ataque de pânico
295.90	F20.9	Esquizofrenia
V62.4	Z60.4	Exclusão ou rejeição social
V62.22	Z65.5	Exposição a desastre, guerra ou outro tipo de hostilidades
316	F54	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
		Fobia específica
300.29	F40.228	Ambiente natural
300.29	F40.218	Animal
	F40.233	Medo de feridas
	F40.231	Medo de injecções e transfusões
	F40.232	Medo de outros cuidados médicos
	F40.230	Medo do sangue
300.29	F40.298	Outra
300.29		Sangue/injecções/ferimentos
300.29	F40.248	Situacional
V62.89	R41.83	Funcionamento intelectual estado-limite
327.25	G47.35	Hipoventilação alveolar central congénita
327.24	G47.34	Hipoventilação idiopática
		Hipoventilação relacionada com o sono
327.26	G47.36	Hipoventilação relacionada com o sono comórbida
V15.41	Z62.810	História pessoal (história passada) de abuso físico na infância
V15.42	Z91.411	História pessoal (história passada) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V15.42	Z62.811	História pessoal (história passada) de abuso psicológico na infância
V15.41	Z62.810	História pessoal (história passada) de abuso sexual na infância
V15.42	Z91.412	História pessoal (história passada) de negligência de cônjuge ou parceiro
V15.42	Z62.812	História pessoal (história passada) de negligência na infância
V15.41	Z91.410	História pessoal (história passada) de violência de cônjuge ou parceiro, física
V15.41	Z91.410	História pessoal (história passada) de violência de cônjuge ou parceiro, sexual
V62.22	Z91.82	História pessoal de colocação militar
V15.59	Z91.5	História pessoal de lesão ao próprio

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
V15.49	Z91.49	História pessoal de outro trauma psicológico
319		Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual)
319	F79	Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) não especificada
	F70	Ligeira
	F71	Moderada
	F73	Profunda
	F72	Severa
V63.8	Z75.4	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outro tipo de instituições de auxílio
V63.9	Z75.3	Indisponibilidade ou inacessibilidade a instalações de cuidados médicos
303.00		Intoxicação pelo álcool
	F10.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.929	Sem perturbação de uso
292.89		Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante
		Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, com alterações da perceção
	F15.122	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.222	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.922	Sem perturbação de uso
		Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, sem alterações da perceção
	F15.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.929	Sem perturbação de uso
305.90		Intoxicação por cafeína
292.89		Intoxicação por *Cannabis*
		Intoxicação por *Cannabis*, com alterações da perceção
	F12.122	Com perturbação de uso, ligeira
	F12.222	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F12.922	Sem perturbação de uso
		Intoxicação por *Cannabis*, sem alterações da perceção
	F12.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F12.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F12.929	Sem perturbação de uso
292.89		Intoxicação por cocaína
		Intoxicação por cocaína, com alterações da perceção
	F14.122	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.222	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.922	Sem perturbação de uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Intoxicação por cocaína, sem alterações de perceção
	F14.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.929	Sem perturbação de uso
		Intoxicação por estimulantes (*ver Intoxicação por anfetamina ou cocaína para os códigos específicos*)
292.89		Intoxicação por fenciclidina
	F16.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.929	Sem perturbação de uso
292.89		Intoxicação por inalantes
	F18.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.929	Sem perturbação de uso
292.89		Intoxicação induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F13.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.929	Sem perturbação de uso
292.89		Intoxicação por opiáceos
		Intoxicação por opiáceos, com alterações da perceção
	F11.122	Com perturbação de uso, ligeira
	F11.222	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F11.922	Sem perturbação de uso
		Intoxicação por opiáceos, sem alterações da perceção
	F11.129	Perturbação com uso ligeiro
	F11.229	Perturbação com uso moderado ou severo
	F11.929	Perturbação sem uso
292.89		Intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.929	Sem perturbação de uso
292.89		Intoxicação por outro alucinogénio
	F16.129	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.229	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.929	Sem perturbação de uso
312.31	F63.0	Jogo patológico
V62.82	Z63.4	Luto não complicado
307.53	Z98.21	Mericismo (perturbação de ruminação)
312.23	F94.0	Mutismo selectivo
V15.81	Z91.19	Não adesão ao tratamento médico

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Narcolepsia
347.0	G47.419	Narcolepsia autossómica dominante, obesidade e diabetes de tipo 2
347.0	G47.419	Narcolepsia com cataplexia, mas com deficiência de hipocretina
347.01	G47.411	Narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina
347.10	G47.49	Narcolepsia secundária a outra condição médica
		Negligência conjugal ou entre parceiros, confirmada
995.85	T74.01XA	Ocorrência inicial
995.85	T74.01XD	Ocorrência subsequente
		Negligência conjugal ou entre parceiros, suspeitada
995.85	T76.01XA	Ocorrência inicial
995.85	T76.01XD	Ocorrência subsequente
		Negligência infantil, confirmada
995.52	T74.02XA	Ocorrência inicial
995.52	T74.02XD	Ocorrência subsequente
		Negligência infantil, suspeitada
995.52	T76.02XA	Ocorrência inicial
995.52	T76.02XD	Ocorrência subsequente
V61.8	Z63.8	Nível elevado de emoção expressa dentro da família
		Outras circunstâncias relacionadas com abuso de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro
		Outras circunstâncias relacionadas com abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico
		Outras circunstâncias relacionadas com abuso físico infantil
		Outras circunstâncias relacionadas com abuso psicológico infantil
		Outras circunstâncias relacionadas com abuso sexual infantil
		Outras circunstâncias relacionadas com negligência de cônjuge ou parceiro
		Outras circunstâncias relacionadas com negligência infantil
		Outras circunstâncias relacionadas com violência contra cônjuge ou parceiro, física
		Outras circunstâncias relacionadas com violência contra cônjuge ou parceiro, sexual
V65.40	Z71.9	Outro aconselhamento ou consulta
V62.89	Z65.8	Outro problema relacionado com circunstâncias psicossociais
V62.29	Z56.9	Outro problema relacionado com o emprego
		Outros efeitos adversos de medicamento
995.20	T50.905.A	Ocorrência inicial
995.20	T50.905.D	Ocorrência subsequente
995.20	T50.905.S	Sequelas
V15.89	Z91.89	Outros factores de risco pessoais
332.1	G21.11	Parkinsonismo induzido por neurolépticos
332.1	G21.19	Parkinsonismo induzido por outro medicamento

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
308.3	F43.0	Perturbação aguda de stresse
301.7	F60.2	Perturbação antissocial da personalidade
293.83		Perturbação bipolar devida a outra condição médica e perturbação relacionada
	F06.33	Com características maníacas
	F06.34	Com características mistas
	F06.33	Com episódios de tipo maníaco ou hipomanlaco
292.84		Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por fenciclidina
	F16.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outro alucinogénio
	F16.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F13.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.94	Sem perturbação de uso
		Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)
296.80	F31.9	Perturbação bipolar e perturbação relacionada não especificada
296.89	F31.89	Perturbação bipolar e perturbação relacionada, com outra especificação
		Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo
296.54	F31.5	Com características psicóticas
286.56	F31.76	Em remissão completa
296.55	F31.75	Em remissão parcial
296.51	F31.31	Ligeira
296.52	F31.32	Moderada
296.50	F31.9	Não especificada
296.53	F31.4	Severa
296.40	F31.0	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente hipomaníaco
296.46	F31.74	Em remissão completa
296.45	F31.73	Em remissão parcial
296.40	F31.9	Não especificada

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco
296.44	F31.2	Com características psicóticas
296.46	F31.74	Em remissão completa
296.45	F31.73	Em remissão parcial
296.41	F31.11	Ligeira
296.42	F31.12	Moderada
296.40	F31.9	Não especificada
296.43	F31.13	Severa
296.7	F31.9	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente não especificado
296.89	F31.81	Perturbação bipolar II
291.89		Perturbação bipolar induzida pelo álcool e perturbação relacionada
	F10.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação bipolar induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação bipolar induzida por cocaína
	F14.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.94	Sem perturbação de uso
293.89	F06.1	Perturbação catatónica devida a outra condição médica
301.13	F34.0	Perturbação ciclotímica
307.50	F50.9	Perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar não especificada
307.59	F50.8	Perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar, com outra especificação
300.09	F41.8	Perturbação da ansiedade com outra especificação
309.21	F93.0	Perturbação da ansiedade de separação
293.84	F06.4	Perturbação da ansiedade devida a outra condição médica
300.02	F41.1	Perturbação da ansiedade generalizada
291.89		Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool
	F10.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.980	Sem perturbação de uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por cafeína
	F15.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por *Cannabis*
	F12.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F12.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F12.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por cocaína
	F14.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por fenciclidina
	F16.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por inalantes
	F18.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por opiáceos
	F11.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F11.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F11.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por outro alucinogénio
	F16.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.980	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação da ansiedade induzida por por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.180	Com perturbação de uso, ligeira
	F13.280	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.980	Sem perturbação de uso
		Perturbação da ansiedade induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
300.00	F41.9	Perturbação da ansiedade não especificada
300.23	F40.10	Perturbação da ansiedade social (fobia social)
307.9	F80.9	Perturbação da comunicação não especificada
315.39	F80.89	Perturbação da comunicação social (pragmática)
302.76	F52.6	Perturbação da dor/penetração genitopélvica
		Perturbação da eliminação com outra especificação
787.60	R15.9	Com sintomas fecais
788.39	N39.498	Com sintomas urinários
		Perturbação da eliminação não especificada
787.60	R15.9	Com sintomas fecais
788.30	R32	Com sintomas urinários
307.0	F98.5	Perturbação da fluência com início na idade adulta
315.35	F80.81	Perturbação da fluência com Início na infância (gaguez)
315.39	F80.9	Perturbação da linguagem
292.89	F16.983	Perturbação persistente da percepção induzida por alucinogénios
301.89	F60.89	Perturbação da personalidade com outra especificação
3019.9	F60.9	Perturbação da personalidade não especificada
300.3	F42	Perturbação de acumulação (*hoarding*)
300.7	F45.21	Perturbação de ansiedade de doença
300.11		Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais)
	F44.6	Com anestesia ou perda sensorial
	F44.5	Com ataques ou convulsões
	F44.4	Com fraqueza/paralisia
	F44.4	Com movimentos anormais
	F44.4	Com sintomas da fala
	F44.4	Com sintomas de deglutição
	F44.7	Com sintomas mistos
	F44.6	Com sintomas sensoriais especiais
300.6	F48.1	Perturbação de despersonalização/desrealização
296.99	F34.8	Perturbação de desregulação do humor disruptivo
313.89	F94.2	Perturbação de envolvimento social desinibido
698.4	L98.1	Perturbação de escoriação (*skin-picking*)
302.4	F65.2	Perturbação de exibicionismo
302.81	F65.0	Perturbação de fetichismo
302.89	F65.81	Perturbação de frotteurismo
		Perturbação de hiperactividade/défice de atenção
314.01	F90.8	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção com outra especificação
314.01	F90.9	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção não especificada
314.01	F90.2	Apresentação combinada

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
314.00	F90.0	Apresentação predominantemente de desatenção
314.01	F90.1	Apresentação predominantemente de hiperactivadade/impulsividade
780.54	G47.10	Perturbação de hipersonolência
780.54	G47.19	Perturbação de hipersonolência com outra especificação
780.54	G47.10	Perturbação de hipersonolência não especificada
307.51	F50.8	Perturbação de ingestão alimentar compulsiva
307.59	F50.8	Perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva
780.52	G47.00	Perturbação de insónia
780.52	G47.09	Perturbação de insónia
780.52	G47.00	Perturbação de insónia não especificada
302.83	F65.51	Perturbação de masoquismo sexual
307.3	F98.4	Perturbação de movimentos estereotipados
300.01	F41.0	Perturbação de pânico
302.2	F65.4	Perturbação de pedofilia
307.47	F51.5	Perturbação de pesadelos
302.84	F65.52	Perturbação de sadismo sexual
300.82	F45.9	Perturbação de sintoma somático e perturbação relacionada não especificada
300.82	F45.1	Perturbação de sintomas somáticos
300.89	F45.8	Perturbação de sintomas somáticos e perturbação relacionada, com outra especificação
309.81	F43.10	Perturbação de stresse pós-traumático
307.22	F95.1	Perturbação de tiques motores ou vocais persistentes (crónica)
307.20	F95.8	Perturbação de tiques com outra especificação
307.20	F95.9	Perturbação de tiques não especificada
307.21	F95.0	Perturbação de tiques transitória
307.23	F95.2	Perturbação de Tourette
302.3	F65.1	Perturbação de travestismo
		Perturbação de uso de álcool
305.00	F10.10	Ligeira
303.90	F10.20	Moderada
303.90	F10.20	Severa
		Perturbação de uso de *Cannabis*
305.20	F12.10	Ligeira
304.30	F12.20	Moderada
304.30	F12.20	Severa
		Perturbação de uso de cocaína
305.60	F14.10	Ligeira
304.20	F14.20	Moderada
304.20	F14.20	Severa

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Perturbação de uso de estimulantes (*ver Intoxicação por anfetamina ou cocaína para os códigos específicos*)
		Perturbação de uso de fenciclidina
305.90	F16.10	Ligeira
304.60	F16.20	Moderada
304.60	F16.20	Severa
		Perturbação de uso de inalantes
305.90	F18.10	Ligeira
304.60	F18.20	Moderada
304.60	F18.20	Severa
		Perturbação de uso de opiáceos
305.50	F11.10	Ligeira
304.00	F11.20	Moderada
304.00	F11.20	Severa
		Perturbação de uso de outra substância (ou por substância desconhecida)
305.90	F19.10	Ligeira
304.90	F19.20	Moderada
304.90	F19.20	Severa
		Perturbação de uso de outro alucinogénio
305.30	F16.10	Ligeira
304.50	F16.20	Moderada
304.50	F16.20	Severa
		Perturbação de uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação por uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada
305.70	F15.10	Ligeira
304.40	F15.20	Moderada
304.40	F15.20	Severa
		Perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
305.40	F13.10	Ligeira
304.10	F13.20	Moderada
304.10	F13.20	Severa
		Perturbação de uso de tabaco
305.1	Z72.0	Ligeira
305.1	F17.200	Moderada
305.1	F17.200	Severa
302.82	F65.3	Perturbação de voyeurismo
297.1	F22	Perturbação delirante
301.6	F60.7	Perturbação dependente da personalidade
311	F32.8	Perturbação depressiva com outra especificação

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
293.83		Perturbação depressiva devida a outra condição médica
	F06.31	Com características depressivas
	F06.34	Com caracterísitcas mistas
	F06.32	Com episódio de tipo depressivo major
291.89		Perturbação depressiva induzida pelo álcool e perturbação relacionada
	F10.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por cocaína
	F14.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por fenciclidina
	F16.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por inalantes
	F18.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por opiáceos
	F11.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F11.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F11.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por outro alucinogénio
	F16.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.94	Sem perturbação de uso
292.84		Perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.14	Com perturbação de uso, ligeira
	F13.24	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.94	Sem perturbação de uso

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Perturbação depressiva induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)
		Perturbação depressiva major, episódio recorrente
296.34	F33.3	Com características psicóticas
296.36	F33.42	Em remissão completa
296.35	F33.41	Em remissão parcial
296.31	F33.0	Ligeira
296.32	F33.1	Moderada
296.30	F33.9	Não especificada
296.33	F33.2	Severa
		Perturbação depressiva major, episódio único
296.24	F32.3	Com características psicóticas
296.26	F32.5	Em remissão completa
296.25	F32.4	Em remissão parcial
296.21	F32.0	Ligeira
296.22	F32.1	Moderada
296.20	F32.9	Não especificada
296.23	F32.2	Severa
311	F32.9	Perturbação depressiva não especificada
300.4	F34.1	Perturbação depressiva persistente (distimia)
313.81	F91.3	Perturbação desafiante de oposição
625.4	N94.3	Perturbação disfórica pré-menstrual
300.7	F45.22	Perturbação dismórfica corporal
312.9	F91.9	Perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento não especificada
300.15	F44.89	Perturbação dissociativa com outra especificação
300.14	F44.81	Perturbação dissociativa da identidade
300.15	F44.9	Perturbação dissociativa não especificada
780.59	G47.8	Perturbação do ciclo sono-vigília com outra especificação
780.59	G47.9	Perturbação do ciclo sono-vigília não especificada
		Perturbação do comportamento
327.42	G47.52	Perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM)
312.89	F91.9	Perturbação do comportamento, Início não especificado
312.32	F91.2	Tipo início da adolescência
312.81	F91.1	Tipo início da infância
302.71	F52.0	Perturbação do desejo sexual hipoativo no homem
315.4	F82	Perturbação do desenvolvimento da coordenação
298.8	F28	Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica, com outra especificação

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
298.9	F29	Perturbação do espectro da esquizofrenia e perturbação relacionada não especificada
299.00	F84.0	Perturbação do espectro do autismo
302.72	F52.22	Perturbação do interesse/excitação sexual na mulher
315.8	F88	Perturbação do neurodesenvolvimento com outra especificação
315.9	F89	Perturbação do neurodesenvolvimento não especificada
302.73	F52.31	Perturbação do orgasmo na mulher
315.39	F80.0	Perturbação do som da fala
291.82		Perturbação do sono induzida pelo álcool
	F10.182	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.982	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.182	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.982	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por cafeína
	F15.182	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.982	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por *Cannabis*
	F12.188	Com perturbação de uso, ligeira
	F12.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F12.988	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por cocaína
	F14.182	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.982	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por opiáceos
	F11.182	Com perturbação de uso, ligeira
	F11.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F11.982	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.182	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.982	Sem perturbação de uso
292.85		Perturbação do sono induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.182	Com perturbação de uso, ligeira

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
	F13.282	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.982	Sem perturbação de uso
		Perturbação do sono induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)
292.85		Perturbação do sono induzida por tabaco
339.99	G25.79	Perturbação dos movimentos induzida por outro medicamento
302.72	F52.21	Perturbação erétil
		Perturbação específica da aprendizagem
315.2	F81.81	Com défice na expressão escrita
315.00	F81.0	Com défice na leitura
315.1	F81.2	Com défice na matemática
		Perturbação esquizoafetiva
295.70	F25.0	Tipo bipolar
295.70	F25.1	Tipo depressivo
295.40	F20.81	Perturbação esquizofreniforme
301.20	F60.1	Perturbação esquizoide da personalidade
301.22	F21	Perturbação esquizotípica da personalidade
301.83	F60.3	Perturbação estado-limite da personalidade
301.82	F60.6	Perturbação evitante da personalidade
312.34	F63.81	Perturbação explosiva intermitente
300.19	F68.10	Perturbação factícia
301.50	F60.4	Perturbação histriónica da personalidade
300.9	F99	Perturbação mental com outra especificação
294.8	F06.8	Perturbação mental devida a outra condição física, com outra especificação
294.9	F09	Perturbação mental devida a outra condição médica não especificada
300.9	F99	Perturbação mental não especificada
301.81	F60.81	Perturbação narcísica da personalidade
331.9	G31.9	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, possível
		Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, provável (*codificar primeiro* 331.82 [G31.83] Doença com corpos de Lewy)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal ligeira
331.9	G31.9	Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal major, possível
		Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal major, provável (*codificar primeiro* 331.19 [G31.09] doença frontotemporal)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira com corpos de Lewy
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Alzheimer

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Huntington
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Parkinson
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença dos priões
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a infecção por VIH
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a lesão cerebral traumática
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a múltiplas etiologias
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a outra condição médica
292.89		Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes
	F18.188	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.988	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.188	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.988	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.988	Sem perturbação de uso
331.9	G31.9	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, possível
		Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, provável (*codificar primeiro* 331.0 [G30.9] doença de Alzheimer)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
		Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington (*codificar primeiro* 333.4 [G10] doença de Huntington)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
331.9	G31.9	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, possível
		Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, provável (*codificar primeiro* 332.0 [G20] doença de Parkinson)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
		Perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, provável (*codificar primeiro* 046.79 [A81.9] doença dos priões)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
		Perturbação neurocognitiva major devida a infecção por VIH (*codificar primeiro* 042 [B20] infecção VIH)
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
		Perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
		Perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
		Perturbação neurocognitiva major devido a lesão cerebral traumática (*codificar primeiro* 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fractura do crânio [S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda da consciência de duração não especificada, sequela]
294.11	F02.81	Com perturbação do comportamento
294.10	F02.80	Sem perturbação do comportamento
291.89		Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool
	F10.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.988	Sem perturbação de uso
291.1		Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo amnésico-confabulatório
	F10.26	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.96	Sem perturbação de uso
291.2		Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo não amnésico-confabulatório
	F10.27	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.97	Sem perturbação de uso
292.82		Perturbação neurocognitiva major induzida por inalantes
	F18.17	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.27	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.97	Sem perturbação de uso
292.82		Perturbação neurocognitiva major induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.17	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.27	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.97	Sem perturbação de uso
292.82		Perturbação neurocognitiva major induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.27	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.97	Sem perturbação de uso
		Perturbação neurocognitiva major ou ligeira induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)
799.59	R41.9	Perturbação neurocognitiva não especificada
331.83	G31.84	Perturbação neurocognitiva vascular ligeira
331.9	G31.9	Perturbação neurocognitiva vascular major, possível

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Perturbação neurocognitiva vascular major, provável
290.40	F01.51	Com perturbação do comportamento
290.40	F01.50	Sem perturbação do comportamento
300.3	F42	Perturbação obsessivo-compulsiva
301.4	F60.5	Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade
294.8	F06.8	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada devida a outra condição médica
		Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)
300.3	F42	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada não especificada
300.3	F42	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada, com outra especificação
292.89		Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante) e perturbação relacionada
	F15.188	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F15.988	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por cocaína e perturbação relacionada
	F14.188	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.988	Sem perturbação de uso
292.89		Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.188	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.288	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.988	Sem perturbação de uso
302.89	F65.89	Perturbação parafílica com outra especificação
302.9	F65.9	Perturbação parafílica não especificada
301.0	F60.0	Perturbação paranóide da personalidade
298.8	F23	Perturbação psicótica breve
		Perturbação psicótica devida a outra condição médica
293.82	F06.0	Com alucinações
293.81	F06.2	Com ideias delirantes
291.9		Perturbação psicótica induzida pelo álcool
	F10.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F10.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F10.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F15.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
	F15.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por *Cannabis*
	F12.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F12.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F12.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por cocaína
	F14.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F14.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F14.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por fenciclidina
	F16.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por inalantes
	F18.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F18.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F18.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
	F19.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F19.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F19.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por outro alucinogénio
	F16.159	Com perturbação de uso, ligeira
	F16.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F16.959	Sem perturbação de uso
292.9		Perturbação psicótica induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.259	Com perturbação de uso, moderada ou severa
	F13.959	Sem perturbação de uso
		Perturbação psicótica induzida por substância/medicamento (*ver substâncias específicas para os códigos*)
313.89	F94.1	Perturbação reactiva de vinculação
292.9	F16.99	Perturbação relacionada com alucinogénios não especificada
	F15.99	Perturbação relacionada com anfetamina ou outro estimulante não especificada
292.9	F15.99	Perturbação relacionada com cafeína não especificada
292.9	F12.99	Perturbação relacionada com *Cannabis* não especificada
	F14.99	Perturbação relacionada com cocaína não especificada
292.9		Perturbação relacionada com estimulantes não especificada
292.9	F16.99	Perturbação relacionada com fenciclidina não especificada
292.9	F18.99	Perturbação relacionada com inalantes não especificada

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
291.9	F10.99	Perturbação relacionada com o álcool não especificada
292.9	F17.209	Perturbação relacionada com o tabaco não especificada
292.9	F11.99	Perturbação relacionada com opiáceos não especificada
292.9	F19.99	Perturbação relacionada com outra substância (ou com substância desconhecida) não especificada
292.9	F13.99	Perturbação relacionada com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não especificada
309.89	F43.8	Perturbação relacionada com trauma e factores de stresse, com outra especificação
309.9	F43.9	Perturbação relacionada com traumas e factores de stress não especificada
		Perturbações de ajustamento
309.24	F43.22	Com ansiedade
309.0	F43.21	Com humor depressivo
309.3	F43.24	Com perturbação do comportamento
309.4	F43.25	Com perturbação mista das emoções e do comportamento
309.28	F43.23	Mista com humor depressivo e ansiedade
309.9	F43.20	Não especificada
312.89	F91.8	Perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento, com outra especificação
		Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília
307.45	G47.21	Tipo atraso de fase
307.45	G47.22	Tipo avanço de fase
307.45	G47.20	Tipo não especificado
307.45	G47.24	Tipo sono-vigília diferente de 24 horas
307.45	G47.23	Tipo sono-vigília irregular
307.45	G47.26	Tipo trabalho por turno
		Perturbações do sono-despertar não-REM
278.00	E66.9	Peso excessivo ou obesidade
307.52		Pica
	F50.8	Pica, em adultos
	F98.3	Pica, em crianças
312.33	F63.1	Piromania
V60.2	Z59.5	Pobreza extrema
V62.5	V65.1	Prisão ou outro tipo de encarceramento
V62.3	Z55.9	Problema académico ou educacional
V62.89	Z60.0	Problema com fase de vida
V60.9	Z59.9	Problema de alojamento ou económico não especificado
V61.10	Z63.0	Problema de relacionamento com cônjuge ou parceiro íntimo
V62.9	Z65.9	Problema não especificado relacionado com circunstâncias psicossociais não especificadas

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
V62.21	Z56.82	Problema relacionada com a situação atual de destacamento militar
V62.9	Z60.9	Problema relacionado com ambiente social não especificado
V60.6	Z59.3	Problema relacionado com alojamento em instituição residencial
V69.9	Z72.9	Problema relacionado com o estilo de vida
V60.3	Z60.2	Problema relacionado com viver sozinho
V61.8	Z62.891	Problema relacional com irmãos
V61.20	Z62.820	Problema relacional pais-filho
V62.89	Z65.8	Problema religioso ou espiritual
V61.7	Z64.0	Problemas relacionados com gravidez indesejada
V62.5	Z65.2	Problemas relacionados com libertação da prisão
V61.5	Z64.1	Problemas relacionados com multiparidade
V62.5	Z65.3	Problemas relacionados com outras circunstâncias legais
786.04	R06.3	Respiração de Cheyne-Stokes
V60.0	Z59.0	Sem-abrigo
V65.2	Z76.5	Simulação
333.94	G25.81	Síndrome das pernas inquietas
347.00	G47.419	Síndrome de ataxia cerebelosa autossómica dominante, surdez e narcolepsia
		Síndrome de descontinuação de antidepressivo
995.29	T43.205A	Ocorrência inicial
995.29	T43.205D	Ocorrência subsequente
995.29	T43.205S	Sequelas
333.92	G21.0	Síndrome maligna dos neurolépticos
V60.2	Z59.7	Suporte insuficiente pelas instituições sociais
307.46	F51.3	Tipo sonambulismo
307.46	F51.4	Tipo terrores
333.1	G25.1	Tremor postural induzido por medicamento
312.39	F63.2	Tricotilomania
V62.83	Z69.82	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro
V61.12	Z69.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V61.12	Z69.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência conjugal ou entre parceiros
V61.12	Z69.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de violência física conjugal ou entre parceiros
V61.12	Z69.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil não parental
V62.83	Z69.021	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil não parental
V62.83	Z69.021	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil não parental

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
V62.83	Z69.021	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil não parental
V62.83	Z69.021	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil não parental
V61.22	Z69.011	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil parental
V61.22	Z69.011	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil parental
V61.22	Z69.011	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil parental
V61.22	Z69.011	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil parental
V65.49	Z69.81	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro
V61.21	Z69.020	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil não parental
V61.21	Z69.010	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil parental
V61.11	Z69.11	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V61.21	Z69.020	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil não parental
V61.21	Z69.010	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil parental
V61.21	Z69.020	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil não parental
V61.21	Z69.010	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil parental
V61.11	Z69.11	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência conjugal ou entre parceiros
V61.21	Z69.020	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil não parental
V61.21	Z69.010	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil parental
V61.11	Z69.11	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência física conjugal ou entre parceiros
V61.11	Z69.81	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência sexual conjugal ou entre parceiros
		Violência física conjugal ou entre parceiros, confirmada
995.81	T74.11XA	Ocorrência inicial
995.81	T74.11XD	Ocorrência subsequente
		Violência física conjugal ou entre parceiros, suspeitada
995.81	T76.11XA	Ocorrência inicial
995.81	T76.11XD	Ocorrência subsequente
		Violência sexual conjugal ou entre parceiros, confirmada
995.83	T74.21XA	Ocorrência inicial
995.83	T74.21XD	Ocorrência subsequente

ICD-9-CM	ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
		Violência sexual conjugal ou entre parceiros, suspeitada
995.83	T76.21XA	Ocorrência inicial
995.83	T76.21XD	Ocorrência subsequente
V62.89	Z65.4	Vítima de crime
V62.89	Z65.4	Vítima de terrorismo ou tortura

Lista Numérica de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-9-CM

Os códigos da ICD-9-CM devem ser utilizados para codificação nos Estados Unidos até 30 de Setembro de 2014.

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
278.00	Peso excessivo ou obesidade
290.40	Perturbação neurocognitiva vascular major, provável; com perturbação do comportamento
290.40	Perturbação neurocognitiva vascular major, provável; sem perturbação do comportamento
291.0	*Delirium* da abstinência de álcool
291.0	*Delirium* da intoxicação pelo álcool
291.1	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo amnéstico-confabulatório
291.2	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo não amnéstico-confabulatório
291.81	Abstinência de álcool
291.82	Perturbação do sono induzida pelo álcool
291.89	Disfunção sexual induzida pelo álcool
291.89	Perturbação bipolar induzida pelo álcool e perturbação relacionada
291.89	Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool
291.89	Perturbação depressiva induzida pelo álcool e perturbação relacionada
291.89	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool
291.9	Perturbação psicótica induzida pelo álcool
291.9	Perturbação relacionada com o álcool não especificada
292.0	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante
292.0	Abstinência de cafeína
292.0	Abstinência de *Cannabis*
292.0	Abstinência de cocaína
292.0	Abstinência de opiáceos
292.0	Abstinência de outra substância (ou de substância desconhecida)
292.0	Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.0	Abstinência de tabaco
292.0	*Delirium* da abstinência de outra substância (ou de substância desconhecida)
292.0	*Delirium* da abstinência por opiáceos
292.0	*Delirium* da abstinência por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
292.81	*Delirium* da intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante)
292.81	*Delirium* da intoxicação por *Cannabis*
292.81	*Delirium* da intoxicação por cocaína
292.81	*Delirium* da intoxicação por fenciclidina
292.81	*Delirium* da intoxicação por inalantes
292.81	*Delirium* da intoxicação por opiáceos
292.81	*Delirium* da intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.81	*Delirium* da intoxicação por outro alucinogénio
292.81	*Delirium* da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.81	*Delirium* induzido por medicamento
292.81	*Delirium* induzido por medicamentos
292.82	Perturbação neurocognitiva major induzida por inalantes
292.82	Perturbação neurocognitiva major induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.82	Perturbação neurocognitiva major induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.84	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por fenciclidina
292.84	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.84	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outro alucinogénio
292.84	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.84	Perturbação bipolar induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.84	Perturbação bipolar induzida por cocaína
292.84	Perturbação depressiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.84	Perturbação depressiva induzida por cocaína
292.84	Perturbação depressiva induzida por fenciclidina
292.84	Perturbação depressiva induzida por inalantes
292.84	Perturbação depressiva induzida por opiáceos
292.84	Perturbação depressiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.84	Perturbação depressiva induzida por outro alucinogénio
292.84	Perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.85	Perturbação do sono induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.85	Perturbação do sono induzida por cafeína
292.85	Perturbação do sono induzida por *Cannabis*
292.85	Perturbação do sono induzida por cocaína
292.85	Perturbação do sono induzida por opiáceos
292.85	Perturbação do sono induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.85	Perturbação do sono induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.85	Perturbação do sono induzida por tabaco
292.89	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.89	Disfunção sexual induzida por cocaína
292.89	Disfunção sexual induzida por opiáceos

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
292.89	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.89	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.89	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante
292.89	Intoxicação por *Cannabis*
292.89	Intoxicação por cocaína
292.89	Intoxicação por fenciclidina
292.89	Intoxicação por inalantes
292.89	Intoxicação por induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.89	Intoxicação por opiáceos
292.89	Intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.89	Intoxicação por outro alucinogénio
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por cafeína
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por *Cannabis*
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por cocaína
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por fenciclidina
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por inalantes
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por opiáceos
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por outro alucinogénio
292.89	Perturbação da ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.89	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes
292.89	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.89	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.89	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante) e perturbação relacionada
292.89	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por cocaína e perturbação relacionada
292.89	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.89	Perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios
292.9	Perturbação psicótica induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.9	Perturbação psicótica induzida por *Cannabis*
292.9	Perturbação psicótica induzida por cocaína
292.9	Perturbação psicótica induzida por fenciclidina
292.9	Perturbação psicótica induzida por inalantes
292.9	Perturbação psicótica induzida por outra substância (ou por substância desconhecida)
292.9	Perturbação psicótica induzida por outro alucinogénio
292.9	Perturbação psicótica induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.9	Perturbação relacionada com alucinogénios não especificada
292.9	Perturbação relacionada com cafeína não especificada
292.9	Perturbação relacionada com *Cannabis* não especificada

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
292.9	Perturbação relacionada com estimulantes não especificada
292.9	Perturbação relacionada com fenciclidina não especificada
292.9	Perturbação relacionada com inalantes não especificada
292.9	Perturbação relacionada com o tabaco não especificada
292.9	Perturbação relacionada com opiáceos não especificada
292.9	Perturbação relacionada com outra substância (ou com substância desconhecida) não especificada
292.9	Perturbação relacionada com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não especificada
293.0	*Delirium* devido a múltiplas etiologias
293.0	*Delirium* devido a outra condição médica
293.81	Perturbação psicótica devida a outra condição médica, com ideias delirantes
293.82	Perturbação psicótica devida a outra condição médica, com alucinações
293.83	Perturbação bipolar devida a outra condição médica e perturbação relacionada
293.83	Perturbação depressiva devida a outra condição médica
293.84	Perturbação da ansiedade devida a outra condição médica
293.89	Catatonia associada com outra condição médica (especificador catatonia)
293.89	Catatonia não especificada (codificar primeiro 781.99 [R29.818] outros sintomas que envolvem os sistemas nervoso e músculo-esquelético
293.89	Perturbação catatónica devida a outra condição médica
294.10	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, provável (codificar primeiro 331.82 [G31.83] Doença com corpos de Lewy), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal major, provável (codificar primeiro 331.19 [G31.09] doença frontotemporal), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, provável (codificar primeiro 331.0 [G30.9] doença de Alzheimer), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington (codificar primeiro 333.4 [G10] doença de Huntington), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, provável (codificar primeiro 332.0 [G20] doença de Parkinson), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, provável (codificar primeiro 046.79 [A81.9] doença dos priões), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a infecção por VIH (codificar primeiro 042 [B20] infecção VIH), sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, sem perturbação do comportamento
294.10	Perturbação neurocognitiva major devido a lesão cerebral traumática (codificar primeiro 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fractura do crânio [S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda da consciência de duração não especificada, sequela, sem perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, provável (codificar primeiro 331.82 [G31.83] Doença com corpos de Lewy), com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal major, provável (codificar primeiro 331.19 [G31.09] doença frontotemporal), com perturbação do comportamento

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, provável (codificar primeiro 331.0 [G30.9] doença de Alzheimer), com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington (codificar primeiro 333.4 [G10] doença de Huntington), com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, provável (codificar primeiro 332.0 [G20] doença de Parkinson), com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, provável (codificar primeiro 046.79 [A81.9] doença dos priões), com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a infecção por VIH (codificar primeiro 042 [B20] infecção VIH), com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, com perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica,, om perturbação do comportamento
294.11	Perturbação neurocognitiva major devido a lesão cerebral traumática (codificar primeiro 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fractura do crânio [S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda da consciência de duração não especificada, sequela], com perturbação do comportamento
294.8	Perturbação mental devida a outra condição física, com outra especificação
294.8	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada devida a outra condição médica
294.9	Perturbação mental devida a outra condição médica não especificada
295.40	Perturbação esquizofreniforme
295.70	Perturbação esquizoafetiva, tipo bipolar
295.70	Perturbação esquizoafetiva, tipo depressivo
295.90	Esquizofrenia
296.20	Perturbação depressiva major, episódio único, não especificada
296.21	Perturbação depressiva major, episódio único, ligeira
296.22	Perturbação depressiva major, episódio único, moderada
296.23	Perturbação depressiva major, episódio único severa
296.24	Perturbação depressiva major, episódio único, com características psicóticas
296.25	Perturbação depressiva major, episódio único, em remissão parcial
296.26	Perturbação depressiva major, episódio único, em remissão completa
296.30	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, não especificada
296.31	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, ligeira
296.32	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, moderada
296.33	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, severa
296.34	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, com características psicóticas
296.35	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, em remissão parcial
296.36	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, em remissão completa
296.40	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, em remissão completa, não especificada
296.40	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente hipomaníaco, não especificada
296.40	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente hipomaníaco

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
296.41	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco, ligeira
296.42	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco, moderada
296.43	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco, severa
296.44	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco, com características psicóticas
296.45	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco, em remissão parcial
296.45	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente hipomaníaco, em remissão parcial
296.46	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente hipomaníaco, em remissão completa
296.46	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente maníaco em remissão completa
296.50	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo, não especificada
296.51	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo, ligeira
296.52	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo, moderada
296.53	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressiva, severa
296.54	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo, com características psicóticas
296.55	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo, em remissão parcial
296.56	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente depressivo, em remissão completa
296.7	Perturbação bipolar I, episódio atual ou mais recente não especificado
296.80	Perturbação bipolar e perturbação relacionada não especificada
296.89	Perturbação bipolar e perturbação relacionada, com outra especificação
296.89	Perturbação bipolar II
296.99	Perturbação de desregulação do humor disruptivo
297.1	Perturbação delirante
298.8	Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica, com outra especificação
298.8	Perturbação psicótica breve
298.9	Perturbação do espectro da esquizofrenia e perturbação relacionada não especificada
299.00	Perturbação do espectro do autismo
300.00	Perturbação da ansiedade não especificada
300.01	Perturbação de pânico
300.02	Perturbação da ansiedade generalizada
300.09	Perturbação da ansiedade com outra especificação
300.11	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais)
300.12	Amnésia dissociativa
300.13	Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa
300.14	Perturbação dissociativa da identidade
300.15	Perturbação dissociativa com outra especificação
300.15	Perturbação dissociativa não especificada
300.19	Perturbação factícia
300.22	Agorafobia
300.23	Perturbação da ansiedade social (fobia social)
300.29	Fobia específica, ambiente natural
300.29	Fobia específica, animal

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
300.29	Fobia específica, outra
300.29	Fobia específica, sangue/injecções/ferimentos
300.29	Fobia específica, situacional
300.3	Perturbação de acumulação *(hoarding)*
300.3	Perturbação obsessivo-compulsiva
300.3	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada não especificada
300.3	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada, com outra especificação
300.4	Perturbação depressiva persistente (distimia)
300.6	Perturbação de despersonalização/desrealização
300.7	Perturbação de ansiedade de doença
300.7	Perturbação dismórfica corporal
300.82	Perturbação de sintoma somático e perturbação relacionada não especificada
300.82	Perturbação de sintoma somáticos
300.89	Perturbação de sintomas somáticos e perturbação relacionada, com outra especificação
300.9	Perturbação mental com outra especificação
300.9	Perturbação mental não especificada
301.0	Perturbação paranóide da personalidade
301.13	Perturbação ciclotímica
301.20	Perturbação esquizoide da personalidade
301.22	Perturbação esquizotípica da personalidade
301.4	Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade
301.50	Perturbação histriónica da personalidade
301.6	Perturbação dependente da personalidade
301.7	Perturbação antissocial da personalidade
301.81	Perturbação narcísica da personalidade
301.82	Perturbação evitante da personalidade
301.83	Perturbação estado-limite da personalidade
301.89	Perturbação da personalidade com outra especificação
301.9	Perturbação da personalidade não especificada
302.2	Perturbação de pedofilia
302.3	Perturbação de travestismo
302.4	Perturbação de exibicionismo
302.6	Disforia de género com outra especificação
302.6	Disforia de género em crianças
302.6	Disforia de género não especificada
302.70	Disfunção sexual não especificada
302.71	Perturbação do desejo sexual hipoativo no homem
302.72	Perturbação do interesse/excitação sexual na mulher
302.72	Perturbação erétil
302.73	Perturbação do orgasmo na mulher

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
302.74	Ejaculação retardada
302.75	Ejaculação prematura (precoce)
302.76	Perturbação da dor/penetração genitopélvica
302.79	Disfunção sexual com outra especificação
302.81	Perturbação de fetichismo
302.82	Perturbação de voyeurismo
302.83	Perturbação de masoquismo sexual
302.84	Perturbação de sadismo sexual
302.85	Disforia de género em adolescentes e adultos
302.89	Perturbação de frotteurismo
302.89	Perturbação parafílica com outra especificação
302.9	Perturbação parafílica não especificada
303.00	Intoxicação pelo álcool
303.90	Perturbação de uso de álcool, moderada
303.90	Perturbação de uso de álcool, severa
304.00	Perturbação de uso de opiáceos, moderada
304.00	Perturbação de uso de opiáceos, severa
304.10	Perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, moderada
304.10	Perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, severa
304.20	Perturbação de uso de cocaína, moderada
304.20	Perturbação de uso de cocaína, severa
304.30	Perturbação de uso de Cannabis, moderada
304.30	Perturbação de uso de Cannabis, severa
304.40	Perturbação de uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação de uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada, moderada
304.40	Perturbação de uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação de uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada, severa
304.50	Perturbação de uso de outro alucinogénio, moderada
304.50	Perturbação de uso de outro alucinogénio, severa
304.60	Perturbação de uso de fenciclidina, ligeira
304.60	Perturbação de uso de fenciclidina, moderada
304.60	Perturbação de uso de fenciclidina, severa
304.60	Perturbação de uso de inalantes, ligeira
304.90	Perturbação de uso de inalantes, moderada
304.90	Perturbação de uso de inalantes, severa
305.00	Perturbação de uso de álcool, ligeira
305.1	Perturbação de uso de tabaco, ligeira
305.1	Perturbação de uso de tabaco, moderada
305.1	Perturbação de uso de tabaco, severa
305.20	Perturbação de uso de *Cannabis*, ligeira

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
305.30	Perturbação de uso de outro alucinogénio, ligeira
305.40	Perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, ligeira
305.50	Perturbação de uso de opiáceos, ligeira
305.60	Perturbação de uso de cocaína, ligeira
305.70	Perturbação de uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação de uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada, ligeira
305.90	Intoxicação por cafeína
305.90	Perturbação de uso de fenciclidina, ligeira
305.90	Perturbação de uso de inalantes, ligeira
305.90	Perturbação de uso de outra substância (ou por substância desconhecida), ligeira
307.0	Perturbação da fluência com início na idade adulta
307.1	Anorexia nervosa
307.20	Perturbação de tiques com outra especificação
307.20	Perturbação de tiques não especificada
307.21	Perturbação de tiques transitória
307.22	Perturbação de tiques motores ou vocais persistentes (crónica)
307.23	Perturbação de Tourette
307.3	Perturbação de movimentos estereotipados
307.46	Perturbações do despertar do sono não REM, tipo sonambulismo
307.46	Perturbações do despertar do sono não REM, tipo terrores
307.45	Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília, tipo atraso de fase
307.45	Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigllia, tipo avanço de fase
307.45	Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigllia, tipo não especificado
307.45	Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília, tipo sono-vigília diferente de 24 horas
307.45	Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília, tipo sono-vigília irregular
307.45	Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília, tipo trabalho por turnos
307.47	Perturbação de pesadelos
307.50	Perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar não especificada
307.51	Bulimia nervosa
307.51	Perturbação de ingestão alimentar compulsiva
307.52	Pica
307.53	Mericismo (perturbação de ruminação)
307.59	Perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar, com outra especificação
307.59	Perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva
307.6	Enurese
307.7	Encoprese
307.9	Perturbação da comunicação não especificada
308.3	Perturbação aguda de stress
309.0	Perturbações de ajustamento, com humor depressivo
309.21	Perturbação da ansiedade de separação

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
309.24	Perturbações de ajustamento, com ansiedade
309.28	Perturbações de ajustamento, mista com humor depressivo e ansiedade
309.3	Perturbações de ajustamento, com perturbação do comportamento
309.4	Perturbações de ajustamento, com perturbação mista das emoções e do comportamento
309.81	Perturbação de stresse pós-traumático
309.89	Perturbação relacionada com trauma e fatores de stresse, com outra especificação
309.9	Perturbações de ajustamento, não especificada
309.9	Perturbação relacionada com traumas e fatores de stress não especificada
310.1	Alteração da personalidade devida a outra condição médica
311.00	Perturbação depressiva com outra especificação
311.00	Perturbação depressiva não especificada
312.23	Mutismo seletivo
312.31	Jogo patológico
312.32	Cleptomania
312.32	Perturbação do comportamento, tipo início da adolescência
312.33	Piromania
312.34	Perturbação explosiva intermitente
312.39	Tricotilomania
312.81	Perturbação do comportamento, tipo início na infância
312.89	Perturbação do comportamento, Início não especificado
312.89	Perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento, com outra especificação
312.9	Perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento não especificada
313.81	Perturbação desafiante de oposição
313.89	Perturbação de envolvimento social desinibido
313.89	Perturbação reactiva de vinculação
314.00	Perturbação de hiperatividade/défice de atenção, apresentação predominantemente de desatenção
314.01	Perturbação de hiperatividade/défice de atenção, apresentação combinada
314.01	Perturbação de hiperatividade/défice de atenção, apresentação predominantemente de hiperactividade/impulsividade
314.01	Perturbação de hiperatividade/défice de atenção com outra especificação
314.01	Perturbação de hiperatividade/défice de atenção não especificada
315.00	Perturbação específica da aprendizagem, com défice na leitura
315.1	Perturbação específica da aprendizagem, com défice na matemática
315.2	Perturbação específica da aprendizagem, com défice na expressão escrita
315.35	Perturbação da fluência comilnício na infância (gaguez)
315.39	Perturbação da comunicação social (pragmática)
315.39	Perturbação da linguagem
315.39	Perturbação do som da fala
315.4	Perturbação do desenvolvimento da coordenação

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
315.8	Atraso global do desenvolvimento
315.8	Perturbação do neurodesenvolvimento com outra especificação
315.9	Perturbação do neurodesenvolvimento não especificada
316.00	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
319.00	Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual)
319.00	Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) não especificada
327.21	Apneia do sono central idiopática
327.23	Apneia/hipopneia obstrutiva do sono
327.24	Hipoventilação idiopática
327.25	Hipoventilação alveolar central congénita
327.26	Hipoventilação relacionada com o sono comórbida
327.42	Perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM)
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira com corpos de Lewy
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Alzheimer
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Huntington
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Parkinson
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença dos priões
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a infecção por VIH
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a lesão cerebral traumática
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a múltiplas etiologias
331.83	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a outra condição médica
331.83	Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal ligeira
331.83	Perturbação neurocognitiva vascular ligeira
331.9	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, possível
331.9	Perturbação neurocognitiva lobar frontotemporal major, possível
331.9	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, possível
331.9	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, possível
331.9	Perturbação neurocognitiva vascular major, possível
332.1	Parkinsonismo induzido por neurolépticos
332.1	Parkinsonismo induzido por outro medicamento
333.1	Tremor postural induzido por medicamento
333.72	Distonia aguda induzida por medicamento
333.72	Distonia tardia
333.85	Discinesia tardia
333.92	Síndrome maligna dos neurolépticos
333.94	Síndrome das pernas inquietas
333.99	Acatisia aguda induzida por medicamento
333.99	Acatísia tardia
333.99	Perturbação dos movimentos induzida por outro medicamento
347.00	Narcolepsia autossómica dominante, obesidade e diabetes de tipo 2

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
347.00	Narcolepsia com cataplexia, mas com deficiência de hipocretina
347.00	Síndrome de ataxia cerebelosa autossómica dominante, surdez e narcolepsia
347.01	Narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina
347.10	Narcolepsia secundária a outra condição médica
625.4	Perturbação disfórica pré-menstrual
698.4	Perturbação de escoriação (*skin-picking*)
780.09	*Delirium* com outra especificação
780.09	*Delirium* não especificado
780.52	Perturbação de insónia
780.52	Perturbação de insónia não especificada
780.54	Perturbação de hipersonolência
780.54	Perturbação de hipersonolência com outra especificação
780.54	Perturbação de hipersonolência não especificada
780.57	Apneia do sono central comórbida com uso de opiáceos
780.59	Perturbação do ciclo sono-vigília com outra especificação
780.59	Perturbação do ciclo sono-vigília não especificada
786.04	Respiração de Cheyne-Stokes
787.60	Perturbação da eliminação com outra especificação, com sintomas fecais
788.30	Perturbação da eliminação não especificada, com sintomas urinários
788.39	Perturbação da eliminação com outra especificação, com sintomas urinários
799.59	Perturbação neurocognitiva não especificada
995.20	Outros efeitos adversos de medicamento, ocorrência inicial
995.20	Outros efeitos adversos de medicamento, ocorrência subsequente
995.20	Outros efeitos adversos de medicamento, sequelas
995.29	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, ocorrência inicial
995.29	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, ocorrência subsequente
995.29	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, sequelas
995.51	Abuso psicológico infantil, confirmado, ocorrência inicial
995.51	Abuso psicológico infantil, suspeitado, ocorrência inicial
995.51	Abuso psicológico infantil, confirmado, ocorrência subsequente
995.51	Abuso psicológico infantil, suspeitado, ocorrência subsequente
995.52	Negligência infantil, confirmada, ocorrência inicial
995.52	Negligência infantil, suspeitada, ocorrência inicial
995.52	Negligência infantil, confirmada, ocorrência subsequente
995.52	Negligência infantil, suspeitada, ocorrência subsequente
995.53	Abuso sexual infantil, confirmado, ocorrência inicial
995.53	Abuso sexual infantil, suspeitado, ocorrência inicial
995.53	Abuso sexual infantil, confirmado, ocorrência subsequente
995.53	Abuso sexual infantil, suspeitado, ocorrência subsequente
995.54	Abuso físico infantil, confirmado, ocorrência inicial

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
995.54	Abuso físico infantil, suspeitado, ocorrência inicial
995.54	Abuso físico infantil, confirmado, ocorrência subsequente
995.54	Abuso físico infantil, suspeitado, ocorrência subsequente
995.81	Violência física conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência inicial
995.82	Violência física conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência subsequente
995.81	Abuso psicológico conjugal ou entre parceiros, confirmado, ocorrência inicial
995.81	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência subsequente
995.82	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, suspeitada, ocorrência subsequente
995.82	Abuso psicológico conjugal ou entre parceiros, suspeitado, ocorrência subsequente
995.82	Abuso físico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, confirmado, ocorrência inicial
995.82	Abuso físico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, suspeitado, ocorrência inicial
995.82	Violência física conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência inicial
995.82	Violência física conjugal ou entre parceiros, suspeitada ocorrência inicial
995.82	Abuso físico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, confirmado, ocorrência subsequente
995.82	Abuso físico entre adultos por não cônjuge ou não parceiro, suspeitado, ocorrência subsequente
995.82	Violência física conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência subsequente
995.83	Violência física conjugal ou entre parceiros, suspeitada ocorrência inicial
995.83	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência inicial
995.83	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, suspeitada, ocorrência inicial
995.83	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência subsequente
995.83	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, suspeitada ocorrência subsequente
995.83	Violência sexual conjugal ou entre parceiros, suspeitada, ocorrência subsequente
995.85	Negligência conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência inicial
995.85	Negligência conjugal ou entre parceiros, suspeitada, ocorrência inicial
995.85	Negligência conjugal ou entre parceiros, confirmada, ocorrência subsequente
995.85	Negligência conjugal ou entre parceiros, suspeitada, ocorrência subsequente
V15.41	História pessoal (história passada de abuso físico na infância
V15.41	História pessoal (história passada de abuso sexual na infância
V15.41	História pessoal (história passada de violência de cônjuge ou parceiro, física
V15.41	História pessoal (história passada de violência de cônjuge ou parceiro, sexual
V15.42	História pessoal (história passada de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V15.42	História pessoal (história passada de abuso psicológico na infância
V15.42	História pessoal (história passada de negligência de cônjuge ou parceiro
V15.42	História pessoal (história passada de negligência na infância
V15.49	História pessoal de outro trauma psicológico
V15.59	História pessoal de lesão ao próprio
V15.81	Não adesão ao tratamento médico
V15.89	Outros fatores de risco pessoais
V40.31	Deambulação relacionada com uma perturbação mental
V60.0	Sem-abrigo

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
V60.1	Alojamento inadequado
V60.2	Baixo rendimento
V60.2	Com falta de comida adequada e de água potável
V60.2	Pobreza extrema
V60.2	Suporte insuficiente pelas instituições sociais
V60.3	Problema relacionado com viver sozinho
V60.6	Problema relacionado com alojamento em instituição residencial
V60.89	Discórdia com vizinho, inquilino, ou senhorio
V60.9	Problema de alojamento ou económico não especificado
V61.03	Disrupção da família por separação ou divórcio
V61.10	Problema de relacionamento com cônjuge ou parceiro íntimo
V61.11	Visita a serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V61.11	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência conjugal ou entre parceiros
V61.11	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência física conjugal ou entre parceiros
V61.11	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de violência sexual conjugal entre parceiros
V61.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil não parental
V61.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico conjugal ou entre parceiros
V61.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência conjugal ou entre parceiros
V61.12	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de violência física conjugal ou entre parceiros
V61.20	Problema relacional pais-filho
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil não parental
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso infantil parental
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil não parental
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso psicológico infantil parental
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil não parental
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de abuso sexual infantil parental
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil não parentalr
V61.21	Visita a serviços de saúde mental pela vítima de negligência infantil parental
V61.22	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil parental
V61.22	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil parental
V61.22	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil parental
V61.22	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil parental
V61.29	Criança afetada por relação parental atribulada
V61.5	Problemas relacionados com multiparidade
V61.7	Problemas relacionados com gravidez indesejada
V61.8	Educação longe dos pais
V61.8	Nivel elevado de emoção expressa dentro da família
V61.8	Problema relacional com irmãos
V62.21	Problema relacionada com a situação atual de destacamento militar
V62.22	Exposição a desastre, guerra ou outro tipo de hostilidades

ICD-9-CM	Perturbação, condição ou problema
V62.22	História pessoal de colocação militar
V62.29	Outro problema relacionado com o emprego
V62.3	Problema académico ou educacional
V62.4	Alvo de discriminação desfavorável ou perseguição (percebida)
V62.4	Dificuldade de aculturação
V62.4	Exclusão ou rejeição social
V62.5	Condenação em processo cível ou penal, sem prisão
V62.5	Prisão ou outro tipo de encarceramento
V62.5	Problemas relacionados com libertação da prisão
V62.5	Problemas relacionados com outras circunstâncias legais
V62.82	Luto não complicado
V62.83	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso entre adultos por não cônjuge não parceiro
V62.83	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso físico infantil não parental
V62.83	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso psicológico infantil não parental
V62.83	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de abuso sexual infantil não parental
V62.83	Visita a serviços de saúde mental pelo autor de negligência infantil não parental
V62.89	Discórdia com agente da Segurança Social, incluindode liberdade condicionall, gestor de caso, ou assistente social
V62.89	Funcionamento intelectual estado-limite
V62.89	Outro problema relacionado com circunstâncias psicossociais
V62.89	Problema com fase de vida
V62.89	Problema religioso ou espiritual
V62.89	Vítima de crime
V62.89	Vítima de terrorismo ou tortura
V62.9	Problema não especificado relacionado com circunstâncias psicossociais não especificadas
V62.9	Problema relaciona

Lista Numérica de Diagnósticos do DSM-5 com Códigos ICD-10-CM

Os códigos da ICD-10-CM devem ser utilizados para codificação nos Estados Unidos a partir de 1 de Outubro de 2014.

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
E66.9	Peso excessivo ou obesidade
F01.50	Perturbação neurocognitiva vascular major, provável, sem perturbação do comportamento
F01.51	Perturbação neurocognitiva vascular major, provável, com perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, provável (codificar primeiro 331.82 [G31.83] Doença com corpos de Lewy), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva frontotemporal major, provável (codificar primeiro 331.19 [G31.09] doença frontotemporal), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, provável (codificar primeiro 331.0 [G30.9] doença de Alzheimer), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington (codificar primeiro 333.4 [G10] doença de Huntington), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, provável (codificar primeiro 332.0 [G20] doença de Parkinson), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, provável (codificar primeiro 046.79 [A81.9] doença dos priões), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a infecção por VIH (codificar primeiro 042 [B20] infecção VIH), sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, sem perturbação do comportamento
F02.80	Perturbação neurocognitiva major devido a lesão cerebral traumática (codificar primeiro 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fractura do crânio [S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda da consciência de duração não especificada, sequela], sem perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, provável (codificar primeiro 331.82 [G31.83] Doença com corpos de Lewy), com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva frontotemporal major, provável (codificar primeiro 331.19 [G31.09] doença frontotemporal), com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, provável (codificar primeiro 331.0 [G30.9] doença de Alzheimer), com perturbação do comportamento

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Huntington (codificar primeiro 333.4 [G10] doença de Huntington), com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, provável (codificar primeiro 332.0 [G20] doença de Parkinson), com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a doença dos priões, provável (codificar primeiro 046.79 [A81.9] doença dos priões), com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a infecção por VIH (codificar primeiro 042 [B20] infecção VIH), com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a múltiplas etiologias, com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devida a outra condição médica, com perturbação do comportamento
F02.81	Perturbação neurocognitiva major devido a lesão cerebral traumática (codificar primeiro 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fractura do crânio [S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda da consciência de duração não especificada, sequela], com perturbação do comportamento
F05	*Delirium* devido a múltiplas etiologias
F05	*Delirium* devido a outra condição médica
F06.0	Perturbação psicótica devida a outra condição médica, com alucinações
F06.1	Catatonia associada com outra condição médica (especificador catatonia)
F06.1	Catatonia não especificada (codificar primeiro 781.99 [R29.818] outros sintomas que envolvem os sistemas nervoso e músculo-esquelético
F06.1	Perturbação catatónica devida a outra condição médica
F06.2	Perturbação psicótica devida a outra condição médica, com ideias delirantes
F06.31	Perturbação depressiva devida a outra condição médica, com características depressivas
F06.32	Perturbação depressiva devida a outra condição médica, com episódio de tipo depressivo major
F06.33	Perturbação bipolar devida a outra condição médica e perturbação relacionada, com características maníacas
F06.33	Perturbação bipolar devida a outra condição médica e perturbação relacionada, com episódios de tipo maníaco ou hipomaníaco
F06.34	Perturbação bipolar devida a outra condição médica e perturbação relacionada, com características mistas
F06.34	Perturbação depressiva devida a outra condição médica, com características mistas
F06.8	Perturbação mental devida a outra condição física, com outra especificação
F06.8	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada devida a outra condição médica
F07.0	Alteração da personalidade devida a outra condição médica
F09	Perturbação mental devida a outra condição médica não especificada
F10.10	Perturbação de uso de álcool, ligeira
F10.121	*Delirium* da intoxicação pelo álcool, perturbação de uso ligeiro
F10.129	Intoxicação pelo álcool, perturbação de uso ligeiro
F10.14	Perturbação bipolar induzida pelo álcool e perturbação relacionada, perturbação de uso ligeiro
F10.14	Perturbação depressiva induzida pelo álcool e perturbação relacionada, perturbação de uso ligeiro

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F10.159	Perturbação psicótica induzida pelo álcool, perturbação de uso ligeiro
F10.180	Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool, perturbação de uso ligeiro
F10.181	Disfunção sexual induzida pelo álcool, perturbação de uso ligeiro
F10.182	Perturbação do sono induzida pelo álcool, perturbação de uso ligeiro
F10.20	Perturbação de uso de álcool, moderada
F10.20	Perturbação de uso de álcool, severa
F10.221	*Delirium* da intoxicação pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.229	Intoxicação pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.231	*Delirium* da abstinência de álcool
F10.232	Abstinência de álcool, com perturbações perceptuais
F10.239	Abstinência de álcool, sem perturbações perceptuais
F10.24	Perturbação bipolar induzida pelo álcool e perturbação relacionada, perturbação de uso moderado ou severo
F10.24	Perturbação depressiva induzida pelo álcool e perturbação relacionada, perturbação de uso moderado ou severo
F10.259	Perturbação psicótica induzida pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.26	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo amnésico confabulatório, perturbação de uso moderado ou severo
F10.27	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo não amnésico confabulatório, perturbação de uso moderado ou severo
F10.280	Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.281	Disfunção sexual induzida pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.282	Perturbação do sono induzida pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.288	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, perturbação de uso moderado ou severo
F10.921	*Delirium* da intoxicação pelo álcool, perturbação sem uso
F10.929	Intoxicação pelo álcool, perturbação sem uso
F10.94	Perturbação bipolar induzida pelo álcool e perturbação relacionada, perturbação sem uso
F10.94	Perturbação depressiva induzida pelo álcool e perturbação relacionada, perturbação sem uso
F10.959	Perturbação psicótica induzida pelo álcool, perturbação sem uso
F10.96	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo amnésico confabulatório, perturbação sem uso
F10.97	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, tipo não amnésico confabulatório, perturbação sem uso
F10.980	Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool, perturbação sem uso
F10.981	Disfunção sexual induzida pelo álcool, perturbação sem uso
F10.982	Perturbação do sono induzida pelo álcool, perturbação sem uso
F10.988	Perturbação neurocognitiva major induzida pelo álcool, perturbação sem uso
F10.99	Perturbação relacionada com o álcool não especificada
F11.10	Perturbação por uso de opiáceos, ligeira
F11.121	*Delirium* da intoxicação por opiáceos, perturbação de uso ligeiro

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F11.122	Intoxicação por opiáceos, com perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F11.129	Intoxicação por opiáceos, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F11.14	Perturbação depressiva induzida por opiáceos, perturbação de uso ligeiro
F11.181	Disfunção sexual induzida por opiáceos, perturbação de uso ligeiro
F11.182	Perturbação do sono induzida por opiáceos, perturbação de uso ligeiro
F11.188	Perturbação da ansiedade induzida por opiáceos, perturbação de uso ligeiro
F11.20	Perturbação por uso de opiáceos, moderada
F11.20	Perturbação por uso de opiáceos, severa
F11.221	*Delirium* da intoxicação por opiáceos, perturbação de uso moderado ou severo
F11.222	Intoxicação por opiáceos, com perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F11.229	Intoxicação por opiáceos, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F11.23	Abstinência de opiáceos
F11.23	*Delirium* da abstinência por opiáceos
F11.24	Perturbação depressiva induzida por opiáceos, perturbação de uso moderado ou severo
F11.281	Disfunção sexual induzida por opiáceos, perturbação de uso moderado ou severo
F11.282	Perturbação do sono induzida por opiáceos, perturbação de uso moderado ou severo
F11.288	Perturbação da ansiedade induzida por opiáceos, perturbação de uso moderado ou severo
F11.921	*Delirium* da intoxicação por opiáceos, perturbação sem uso
F11.921	*Delirium* induzido por opiáceos
F11.922	Intoxicação por opiáceos, com perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F11.929	Intoxicação por opiáceos, sem perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F11.94	Perturbação depressiva induzida por opiáceos, perturbação sem uso
F11.981	Disfunção sexual induzida por opiáceos, perturbação sem uso
F11.982	Perturbação do sono induzida por opiáceos, perturbação sem uso
F11.988	Perturbação da ansiedade induzida por opiáceos, perturbação sem uso
F11.99	Perturbação relacionada com opiáceos não especificada
F12.10	Perturbação por uso de *Cannabis*, ligeira
F12.121	*Delirium* da intoxicação por *Cannabis*, perturbação de uso ligeiro
F12.122	Intoxicação por *Cannabis*, com perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F12.122	Intoxicação por *Cannabis*, com perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F12.129	Intoxicação por *Cannabis*, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F12.159	Perturbação psicótica induzida por *Cannabis*, perturbação de uso ligeiro
F12.180	Perturbação da ansiedade induzida por *Cannabis*, perturbação de uso ligeiro
F12.188	Perturbação do sono induzida por *Cannabis*, perturbação de uso ligeiro
F12.20	Perturbação por uso de *Cannabis*, moderada
F12.20	Perturbação por uso de *Cannabis*, severa
F12.221	*Delirium* da intoxicação por *Cannabis*, perturbação de uso moderado ou severo

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F12.229	Intoxicação por *Cannabis*, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F12.259	Perturbação psicótica induzida por *Cannabis*, perturbação de uso moderado ou severo
F12.280	Perturbação da ansiedade induzida por *Cannabis*, perturbação de uso moderado ou severo
F12.288	Abstinência de *Cannabis*
F12.288	Perturbação do sono induzida por *Cannabis*, perturbação de uso moderado ou severo
F12.921	*Delirium* da intoxicação por *Cannabis*, perturbação sem uso
F12.929	Intoxicação por *Cannabis*, sem perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F12.959	Perturbação psicótica induzida por *Cannabis*, perturbação sem uso
F12.980	Perturbação da ansiedade induzida por *Cannabis*, perturbação sem uso
F12.988	Perturbação do sono induzida por *Cannabis*, perturbação sem uso
F12.99	Perturbação relacionada com *Cannabis* não especificada
F12.992	Intoxicação por *Cannabis*, com perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F13.10	Perturbação por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, ligeira
F13.10	Perturbação por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, severa
F13.121	*Delirium* da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.129	Intoxicação por induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.14	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.14	Perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.159	\perturbação de uso ligeiro
F13.180	Perturbação da ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.181	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.182	Perturbação do sono induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro
F13.20	Perturbação por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, moderada
F13.221	*Delirium* da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.229	Intoxicação por induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.231	*Delirium* da abstinência por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.239	Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, sem perturbações perceptuais
F13.24	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.24	Perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.259	Perturbação psicótica induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.27	Perturbação neurocognitiva major induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso ligeiro

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F13.280	Perturbação da ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.281	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.282	Perturbação do sono induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.288	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.921	*Delirium* da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.921	*Delirium* induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.94	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.94	Perturbação depressiva induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.959	Perturbação psicótica induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.97	Perturbação neurocognitiva major induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação de uso moderado ou severo
F13.980	Perturbação da ansiedade induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.981	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.982	Perturbação do sono induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.988	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.989	Intoxicação por induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, perturbação sem uso
F13.99	Perturbação relacionada com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, não especificada
F13232	Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, com perturbações perceptuais
F14.10	Perturbação por uso de cocaína, ligeira
F14.121	*Delirium* da intoxicação por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.122	Intoxicação por cocaína, com perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F14.129	Intoxicação por cocaína, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F14.14	Perturbação bipolar induzida por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.14	Perturbação depressiva induzida por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.159	Perturbação psicótica induzida por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.180	Perturbação de ansiedade induzida por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.181	Disfunção sexual induzida por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.182	Perturbação do sono induzida por cocaína, perturbação de uso ligeiro
F14.188	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por cocaína e perturbação relacionada, perturbação de uso ligeiro
F14.20	Perturbação por uso de cocaína, moderada
F14.20	Perturbação por uso de cocaína, severa
F14.221	*Delirium* da intoxicação por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.222	Intoxicação por cocaína, com perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F14.229	Intoxicação por cocaína, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F14.23	Abstinência de cocaína
F14.24	Perturbação bipolar induzida por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.24	Perturbação depressiva induzida por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.259	Perturbação psicótica induzida por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.280	Perturbação da ansiedade induzida por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.281	Disfunção sexual induzida por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.282	Perturbação do sono induzida por cocaína, perturbação de uso moderado ou severo
F14.288	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por cocaína e perturbação relacionada, perturbação de uso moderado ou severo
F14.921	*Delirium* da intoxicação por cocaína, perturbação sem uso
F14.922	Intoxicação por cocaína, com perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F14.929	Intoxicação por cocaína, sem perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F14.94	Perturbação bipolar induzida por cocaína, perturbação sem uso
F14.94	Perturbação depressiva induzida por cocaína, perturbação sem uso
F14.959	Perturbação psicótica induzida por cocaína, perturbação sem uso
F14.980	Perturbação da ansiedade induzida por cocaína, perturbação sem uso
F14.981	Disfunção sexual induzida por cocaína, perturbação sem uso
F14.982	Perturbação do sono induzida por cocaína, perturbação sem uso
F14.988	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por cocaína e perturbação relacionada, perturbação sem uso
F14.99	Perturbação relacionada com cocaína não especificada
F15.10	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante, ligeira
F15.10	Perturbação por uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação por uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada, ligeira
F15.121	*Delirium* da intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso ligeiro
F15.122	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, com perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F15.129	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso ligeiro
F15.14	Perturbação bipolar induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso ligeiro
F15.159	Perturbação psicótica induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso ligeiro
F15.180	Perturbação da ansiedade induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso ligeiro
F15.180	Perturbação da ansiedade induzida por cafeína, perturbação de uso ligeiro
F15.181	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso ligeiro
F15.182	Perturbação do sono induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso ligeiro

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F15.182	Perturbação do sono induzida por cafeína, perturbação de uso ligeiro
F15.188	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante) e perturbação relacionada, perturbação de uso ligeiro
F15.20	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante, moderada
F15.20	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante, severa
F15.20	Perturbação por uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação por uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada, moderada
F15.20	Perturbação por uso de outro estimulante ou de estimulante não especificado/Perturbação por uso de estimulantes com outra especificação ou não especificada, severa
F15.221	*Delirium* da intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.222	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, com perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F15.229	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, sem perturbações perceptuais, perturbação de uso moderado ou severo
F15.23	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante
F15.24	Perturbação bipolar induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.24	Perturbação depressiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.259	Perturbação psicótica induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.280	Perturbação da ansiedade induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.280	Perturbação da ansiedade induzida por cafeína, perturbação de uso moderado ou severo
F15.281	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.282	Perturbação do sono induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação de uso moderado ou severo
F15.282	Perturbação do sono induzida por cafeína, perturbação de uso moderado ou severo
F15.288	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante) e perturbação relacionada, perturbação de uso moderado ou severo
F15.921	*Delirium* da intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso
F15.921	*Delirium* induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
F15.922	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, com perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F15.929	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, sem perturbações perceptuais, perturbação sem uso
F15.929	Intoxicação por cafeína
F15.93	Abstinência de cafeína
F15.94	Perturbação bipolar induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso
F15.94	Perturbação depressiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso
F15.959	Perturbação psicótica induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F15.980	Perturbação da ansiedade induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso
F15.980	Perturbação da ansiedade induzida por cafeína, perturbação sem uso
F15.981	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso
F15.982	Perturbação do sono induzida por anfetamina (ou outro estimulante), perturbação sem uso
F15.982	Perturbação do sono induzida por cafeína, perturbação sem uso
F15.988	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por anfetamina (ou outro estimulante) e perturbação relacionada, perturbação sem uso
F15.99	Perturbação relacionada com anfetamina ou outro estimulante não especificada
F15.99	Perturbação relacionada com cafeína não especificada
F16.10	Perturbação por uso de fenciclidina, ligeira
F16.10	Perturbação por uso de outro alucinogénio, ligeira
F16.121	*Delirium* da intoxicação por fenciclidina, perturbação de uso ligeiro
F16.121	*Delirium* da intoxicação por outro alucinogénio, perturbação de uso ligeiro
F16.129	Intoxicação por fenciclidina, perturbação de uso ligeiro
F16.129	Intoxicação por outro alucinogénio, perturbação de uso ligeiro
F16.14	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso ligeiro
F16.14	Perturbação depressiva induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso ligeiro
F16.159	Perturbação psicótica induzida por fenciclidina, perturbação de uso ligeiro
F16.159	Perturbação psicótica induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso ligeiro
F16.180	Perturbação da ansiedade induzida por fenciclidina, perturbação de uso ligeiro
F16.180	Perturbação da ansiedade induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso ligeiro
F16.20	Perturbação por uso de fenciclidina, moderada
F16.20	Perturbação por uso de fenciclidina, severa
F16.20	Perturbação por uso de outro alucinogénio, moderada
F16.20	Perturbação por uso de outro alucinogénio, severa
F16.221	*Delirium* da intoxicação por fenciclidina, perturbação de uso moderado ou severo
F16.221	*Delirium* da intoxicação por outro alucinogénio, perturbação de uso moderado ou severo
F16.229	Intoxicação por fenciclidina, perturbação de uso moderado ou severo
F16.229	Intoxicação por outro alucinogénio, perturbação de uso moderado ou severo
F16.24	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por fenciclidina, perturbação de uso moderado ou severo
F16.24	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso moderado ou severo
F16.24	Perturbação depressiva induzida por fenciclidina, perturbação de uso moderado ou severo
F16.24	Perturbação depressiva induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso moderado ou severo
F16.259	Perturbação psicótica induzida por fenciclidina, perturbação de uso moderado ou severo
F16.259	Perturbação psicótica induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso moderado ou severo
F16.280	Perturbação da ansiedade induzida por fenciclidina, perturbação de uso moderado ou severo

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F16.280	Perturbação da ansiedade induzida por outro alucinogénio, perturbação de uso moderado ou severo
F16.921	*Delirium* da intoxicação por fenciclidina, perturbação sem uso
F16.921	*Delirium* da intoxicação por outro alucinogénio, perturbação sem uso
F16.929	Intoxicação por fenciclidina, perturbação sem uso
F16.929	Intoxicação por outro alucinogénio, perturbação sem uso
F16.94	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por fenciclidina, perturbação sem uso
F16.94	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outro alucinogénio, perturbação sem uso
F16.94	Perturbação depressiva induzida por fenciclidina, perturbação sem uso
F16.94	Perturbação depressiva induzida por outro alucinogénio, perturbação sem uso
F16.959	Perturbação psicótica induzida por fenciclidina, perturbação sem uso
F16.959	Perturbação psicótica induzida por outro alucinogénio, perturbação sem uso
F16.980	Perturbação da ansiedade induzida por fenciclidina, perturbação sem uso
F16.980	Perturbação da ansiedade induzida por outro alucinogénio, perturbação sem uso
F16.983	Perturbação da percepção persistente alucinogénica
F16.99	Perturbação relacionada com alucinogénios não especificada
F16.99	Perturbação relacionada com fenciclidina não especificada
F17.200	Perturbação por uso de tabaco, moderada
F17.200	Perturbação por uso de tabaco, severa
F17.203	Abstinência de tabaco
F17.208	Perturbação de uso moderado ou severo
F17.209	Perturbação relacionada com o tabaco não especificada
F18.10	Perturbação por uso de inalantes, ligeira
F18.121	*Delirium* da intoxicação por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.129	Intoxicação por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.14	Perturbação depressiva induzida por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.159	Perturbação psicótica induzida por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.17	Perturbação neurocognitiva major induzida por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.180	Perturbação da ansiedade induzida por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.188	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes, perturbação de uso ligeiro
F18.20	Perturbação por uso de inalantes, moderada
F18.20	Perturbação por uso de inalantes, severa
F18.221	*Delirium* da intoxicação por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo
F18.229	Intoxicação por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo
F18.24	Perturbação depressiva induzida por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo
F18.259	Perturbação psicótica induzida por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo
F18.27	Perturbação neurocognitiva major induzida por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo
F18.280	Perturbação da ansiedade induzida por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F18.288	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes, perturbação de uso moderado ou severo
F18.921	*Delirium* da intoxicação por inalantes, perturbação sem uso
F18.929	Intoxicação por inalantes, perturbação sem uso
F18.94	Perturbação depressiva induzida por inalantes, perturbação sem uso
F18.959	Perturbação psicótica induzida por inalantes, perturbação sem uso
F18.97	Perturbação neurocognitiva major induzida por inalantes, perturbação sem uso
F18.980	Perturbação da ansiedade induzida por inalantes, perturbação sem uso
F18.988	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por inalantes, perturbação sem uso
F18.99	Perturbação relacionada com inalantes não especificada
F19.10	Perturbação por uso de outra substância (ou por substância desconhecida), ligeira
F19.121	*Delirium* da intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.129	Intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.14	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.14	Perturbação depressiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.159	Perturbação psicótica induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.17	Perturbação neurocognitiva major induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.180	Perturbação da ansiedade induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.181	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.182	Perturbação do sono induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.188	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.188	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso ligeiro
F19.20	Perturbação por uso de outra substância (ou por substância desconhecida), moderada
F19.20	Perturbação por uso de outra substância (ou por substância desconhecida), severa
F19.221	*Delirium* da intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.229	Intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.231	*Delirium* da abstinência de outra substância (ou de substância desconhecida)
F19.239	Abstinência de outra substância (ou de substância desconhecida)
F19.24	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F19.24	Perturbação depressiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.259	Perturbação psicótica induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.27	Perturbação neurocognitiva major induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.280	Perturbação da ansiedade induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.281	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.282	Perturbação do sono induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.288	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.288	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação de uso moderado ou severo
F19.921	*Delirium* da intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.921	*Delirium* induzido por outra substância (ou por substância desconhecida)
F19.94	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.94	Perturbação depressiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.959	Perturbação psicótica induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.97	Perturbação neurocognitiva major induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.980	Perturbação da ansiedade induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.981	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.982	Perturbação do sono induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.988	Perturbação neurocognitiva ligeira induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.988	Perturbação obsessivo-compulsiva induzida por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.989	Intoxicação por outra substância (ou por substância desconhecida), perturbação sem uso
F19.99	Perturbação relacionada com outra substância (ou com substância desconhecida) não especificada
F20.81	Perturbação esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia
F21	Perturbação esquizotípica da personalidade
F22	Perturbação delirante

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F23	Perturbação psicótica breve
F25.0	Perturbação esquizoafectiva, tipo bipolar
F25.01	Perturbação esquizoafectiva, tipo depressivo
F28	Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica, com outra especificação
F29	Perturbação do espectro da esquizofrenia e perturbação relacionada não especificada
F31.0	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente hipomaníaco
F31.11	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, ligeira
F31.12	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, moderada
F31.13	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, severa
F31.2	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, com características psicóticas
F31.31	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, ligeira
F31.32	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, moderada
F31.4	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, severa
F31.5	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, com características psicóticas
F31.73	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente hipomaníaco, em remissão parcial
F31.73	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, em remissão parcial
F31.74	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente hipomaníaco, em remissão completa
F31.74	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, em remissão completa
F31.75	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, em remissão parcial
F31.76	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, em remissão completa
F31.81	Perturbação bipolar II
F31.89	Perturbação bipolar e perturbação relacionada, com outra especificação
F31.9	Perturbação bipolar e perturbação relacionada não especificada
F31.9	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente depressivo, não especificada
F31.9	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente hipomaníaco, não especificada
F31.9	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente maníaco, não especificada
F31.9	Perturbação bipolar I, episódio actual ou mais recente não especificado
F32.0	Perturbação depressiva major, episódio único, ligeira
F32.1	Perturbação depressiva major, episódio único, moderada
F32.2	Perturbação depressiva major, episódio único, severa
F32.3	Perturbação depressiva major, episódio único, com características psicóticas
F32.4	Perturbação depressiva major, episódio único, em remissão parcial
F32.5	Perturbação depressiva major, episódio único, em remissão completa
F32.8	Perturbação depressiva com outra especificação
F32.9	Perturbação depressiva major, episódio único, não especificada
F32.9	Perturbação depressiva não especificada
F33.0	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, ligeira
F33.1	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, moderada
F33.2	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, severa
F33.3	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, com características psicóticas

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F33.41	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, em remissão parcial
F33.42	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, em remissão completa
F33.9	Perturbação depressiva major, episódio recorrente, não especificada
F34.0	Perturbação ciclotímica
F34.1	Perturbação depressiva persistente (distímia)
F34.8	Perturbação de desregulação do humor disruptivo
F345.21	Perturbação de ansiedade de doença
F40.00	Agorafobia
F40.10	Perturbação da ansiedade social (fobia social)
F40.218	Fobia específica, animal
F40.228	Fobia específica, ambiente natural
F40.230	Fobia específica, medo do sangue
F40.231	Fobia específica, medo de injecções e transfusões
F40.232	Fobia específica, medo de outros cuidados médicos
F40.233	Fobia específica, medo de feridas
F40.248	Fobia específica, situacional
F40.298	Fobia específica, outra
F41.0	Perturbação de pânico
F41.1	Perturbação da ansiedade generalizada
F41.8	Perturbação da ansiedade com outra especificação
F41.9	Perturbação da ansiedade não especificada
F42	Perturbação de acumulação *(hoarding)*
F42	Perturbação obsessivo-compulsiva
F42	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada não especificada
F42	Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação relacionada, com outra especificação
F43.0	Perturbação aguda de stresse
F43.10	Perturbação de stresse pós-traumático
F43.20	Perturbações de ajustamento, não especificada
F43.21	Perturbações de ajustamento, com humor depressivo
F43.22	Perturbações de ajustamento, com ansiedade
F43.23	Perturbações de ajustamento, mista com humor depressivo e ansiedade
F43.24	Perturbações de ajustamento, com perturbação do comportamento
F43.25	Perturbações de ajustamento, com perturbação mista das emoções e do comportamento
F43.8	Perturbação relacionada com trauma e factores de stresse, com outra especificação
F43.9	Perturbação relacionada com traumas e factores de stress não especificada
F44.0	Amnésia dissociativa
F44.1	Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa
F44.4	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com fraqueza/paralisia
F44.4	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com movimentos anormais

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F44.4	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com sintomas da fala
F44.4	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com sintomas de deglutição
F44.5	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com ataques ou convulsões
F44.6	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com anestesia ou perda sensorial
F44.6	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com sintomas sensoriais especiais
F44.7	Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), com sintomas mistos
F44.81	Perturbação dissociativa da identidade
F44.89	Perturbação dissociativa com outra especificação
F44.9	Perturbação dissociativa não especificada
F45.1	Perturbação de sintoma somáticos
F45.22	Perturbação dismórfica corporal
F45.8	Perturbação de sintomas somáticos e perturbação relacionada, com outra especificação
F45.9	Perturbação de sintoma somático e perturbação relacionada não especificada
F48.1	Perturbação de despersonalização/desrealização
F50.01	Anorexia nervosa, tipo restritivo
F50.02	Anorexia nervosa, tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo
F50.2	Bulimia nervosa
F50.8	Perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar, com outra especificação
F50.8	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva
F50.8	Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva
F50.8	Pica, em adultos
F50.9	Perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar não especificada
F51.3	Tipo sonambulismo
F51.4	Tipo terrores
F51.5	Perturbação de pesadelos
F52.0	Perturbação do desejo sexual hipoactivo no homem
F52.21	Perturbação eréctil
F52.22	Perturbação do interesse/excitação sexual na mulher
F52.31	Perturbação do orgasmo na mulher
F52.32	Ejaculação retardada
F52.4	Ejaculação prematura (precoce)
F52.6	Perturbação da dor/penetração génito-pélvica
F52.8	Disfunção sexual com outra especificação
F52.9	Disfunção sexual não especificada
F54	Factores psicológicos que afectam outras condições médicas

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F6.14	Perturbação bipolar e perturbação relacionada induzida por fenciclidina, perturbação com uso ligeiro
F6.14	Perturbação depressiva induzida por fenciclidina, perturbação com uso ligeiro
F60.0	Perturbação paranóide da personalidade
F60.1	Perturbação esquizóide da personalidade
F60.2	Perturbação anti-social da personalidade
F60.3	Perturbação estado-limite da personalidade
F60.4	Perturbação da ansiedade devida a outra condição médica
F60.4	Perturbação histriónica da personalidade
F60.5	Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade
F60.6	Perturbação evitante da personalidade
F60.7	Perturbação dependente da personalidade
F60.89	Perturbação da personalidade com outra especificação
F60.9	Perturbação da personalidade não especificada
F63.0	Jogo patológico
F63.1	Piromania
F63.2	Tricotilomania
F63.3	Cleptomania
F63.81	Perturbação explosiva intermitente
F64.1	Disforia de género em adolescentes e adultos
F64.2	Disforia de género em crianças
F64.8	Disforia de género com outra especificação
F64.9	Disforia de género não especificada
F65.0	Perturbação de fetichismo
F65.1	Perturbação de Travestismo
F65.2	Perturbação de exibicionismo
F65.3	Perturbação de voyeurismo
F65.4	Perturbação pedofílica
F65.51	Perturbação de masoquismo sexual
F65.52	Perturbação de sadismo sexual
F65.81	Perturbação de frotteurismo
F65.89	Perturbação parafílica com outra especificação
F65.9	Perturbação parafílica não especificada
F68.10	Perturbação factícia
F70	Incapacidade intelectual (Perturbação do desenvolvimento intelectual), ligeira
F71	Incapacidade intelectual (Perturbação do desenvolvimento intelectual), moderada
F72	Incapacidade intelectual (Perturbação do desenvolvimento intelectual), severa
F73	Incapacidade intelectual (Perturbação do desenvolvimento intelectual), profunda
F74.31XD	Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico, confirmado, segunda visita
F79	Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) não especificada

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F80.0	Perturbação do som da fala
F80.81	Perturbação da Fluência com Início na Infância (Gaguez)
F80.89	Perturbação da comunicação social (pragmática)
F80.9	Perturbação da comunicação não especificada
F80.9	Perturbação da linguagem
F81.0	Perturbação específica da aprendizagem, com défice da leitura
F81.2	Perturbação específica da aprendizagem, com défice do cálculo
F81.81	Perturbação específica da aprendizagem, com défice da escrita
F82	Perturbação do desenvolvimento da coordenação
F84.0	Perturbação do espectro do autismo
F88	Atraso global do desenvolvimento
F88	Perturbação do neurodesenvolvimento com outra especificação
F89	Perturbação do neurodesenvolvimento não especificada
F90.0	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção, apresentação predominantemente desatenta
F90.1	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção, apresentação predominantemente hiperactiva/impulsiva
F90.2	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção, apresentação combinada
F90.8	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção com outra especificação
F90.9	Perturbação de hiperactividade/défice de atenção não especificada
F91.1	Perturbação do comportamento, Tipo início na infância
F91.2	Perturbação do comportamento, Tipo início da adolescência
F91.3	Perturbação desafiante de oposição
F91.8	Perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento, com outra especificação
F91.9	Perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento não especificada
F91.9	Perturbação do comportamento, Início não especificado
F93.0	Perturbação da ansiedade de separação
F94.0	Mutismo selectivo
F94.1	Perturbação reactiva de vinculação
F94.2	Perturbação de envolvimento social desinibido
F95.0	Perturbação de tiques provisória
F95.1	Perturbação de tique motor ou vocal persistente
F95.2	Perturbação de Tourette
F95.8	Perturbação de tiques com outra especificação
F95.9	Perturbação de tiques não especificada
F98.0	Enurese
F98.1	Encoprese
F98.21	Mericismo (perturbação de ruminação)
F98.3	Pica, em crianças
F98.4	Perturbação de movimentos estereotipados
F98.5	Perturbação da fluência com início na idade adulta

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
F99	Perturbação mental com outra especificação
F99	Perturbação mental não especificada
G21.0	Síndrome maligna dos neurolépticos
G21.11	Parkinsonismo induzido por neurolépticos
G21.19	Parkinsonismo induzido por outro medicamento
G24.01	Discinésia tardia
G24.02	Distonia aguda induzida por medicamento
G24.09	Distonia tardia
G25.71	Acatísia aguda induzida por medicamento
G25.71	Acatísia tardia
G25.79	Perturbação dos movimentos induzida por outro medicamento
G25.81	Síndrome das pernas inquietas
G31.84	Perturbação narcisista da personalidade
G31.84	Perturbação neurocognitiva frontotemporal ligeira
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira com corpos de Lewy
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Alzheimer
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Alzheimer
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Huntington
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença de Parkinson
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a doença dos priões
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a infecção por VIH
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a lesão cerebral traumática
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a múltiplas etiologias
G31.84	Perturbação neurocognitiva ligeira devida a outra condição médica
G31.84	Perturbação neurocognitiva vascular ligeira
G31.84	Tremor postural induzido por medicamento
G31.9	Perturbação neurocognitiva com corpos de Lewy, possível
G31.9	Perturbação neurocognitiva frontotemporal major, possível
G31.9	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Alzheimer, possível
G31.9	Perturbação neurocognitiva major devida a doença de Parkinson, possível
G31.9	Perturbação neurocognitiva vascular major, possível
G47.00	Perturbação de insónia
G47.00	Perturbação de insónia não especificada
G47.09	Perturbação de insónia
G47.10	Perturbação de hipersonolência
G47.10	Perturbação de hipersonolência não especificada
G47.19	Perturbação de hipersonolência com outra especificação
G47.20	Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, tipo não especificado
G47.22	Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, tipo avanço de fase
G47.23	Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, tipo sono-vigília irregular

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
G47.24	Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, tipo sono-vigília diferente de 24 horas
G47.26	Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, tipo mudança de turno
G47.31	Apneia idiopática do sono central
G47.33	Apneia/hipoapneia obstrutiva do sono
G47.34	Hipoventilação idiopática
G47.35	Hipoventilação alveolar central congénita
G47.36	Hipoventilação relacionada com o sono comórbida
G47.37	Apneia do sono central concomitante com uso de opiáceos
G47.411	Narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina
G47.419	Narcolepsia autossómica dominante, obesidade e diabetes de tipo 2
G47.419	Narcolepsia com cataplexia, mas com deficiência de hipocretina
G47.419	SIndrome de ataxia cerebelosa-surdez-narcolepsia autossómica dominante
G47.49	Narcolepsia secundária a outra condição médica
G47.52	Perturbação do Comportamento do Sono de Movimentos Oculares Rápidos (Sono REM)
G47.8	Perturbação do ciclo sono-vigília com outra especificação
G47.9	Perturbação do ciclo sono-vigília não especificada
L98.1	Perturbação de escoriação *(skin-picking)*
N39.498	Perturbação da eliminação com outra especificação, com sintomas urinários
N94.3	Perturbação disfórica pré-menstrual
R06.3	Respiração de Cheyne-Stokes
R15.9	Perturbação da eliminação com outra especificação, com sintomas fecais
R15.9	Perturbação da eliminação não especificada, com sintomas fecais
R32	Perturbação da eliminação não especificada, com sintomas urinários
R41.0	*Delirium* com outra especificação
R41.0	*Delirium* não especificado
R41.83	Funcionamento intelectual estado-limite
R41.9	Perturbação neurocognitiva não especificada
T43.205A	Síndrome de descontinuação de antidepressivo, primeira visita
T43.205D	Síndrome de descontinuação de antidepressivo, segunda visita
T43.205S	Síndrome de descontinuação de antidepressivo, sequelas
T50.905.A	Outros efeitos adversos de medicamento, visita inicial
T50.905.D	Outros efeitos adversos de medicamento, segunda visita
T50.905.S	Outros efeitos adversos de medicamento, sequelas
T74.01XA	Negligência de cônjuge ou parceiro, confirmada, visita inicial
T74.01XD	Negligência de cônjuge ou parceiro, confirmada, segunda visita
T74.02XA	Negligência de criança, confirmada, primeira visita
T74.02XD	Negligência de criança, confirmada, segunda visita
T74.11XA	Abuso físico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, primeira visita
T74.11XD	Abuso físico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, segunda visita
T74.12XA	Abuso físico de criança, confirmado, primeira visita

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
T74.12XD	Abuso físico de criança, confirmado, segunda visita
T74.21XA	Abuso sexual de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, primeira visita
T74.21XA	Violência contra cônjuge ou parceiro, física, confirmada, visita inicial
T74.21XA	Violência contra cônjuge ou parceiro, sexual, confirmada, visita inicial
T74.21XD	Abuso sexual de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, segunda visita
T74.21XD	Violência contra cônjuge ou parceiro, física, confirmada, segunda visita
T74.21XD	Violência contra cônjuge ou parceiro, sexual, confirmada, segunda visita
T74.22XA	Abuso sexual de criança, confirmado, primeira visita
T74.22XA	Abuso sexual de criança, suspeitado, primeira visita
T74.22XD	Abuso sexual de criança, confirmado, segunda visita
T74.22XD	Abuso sexual de criança, suspeitado, segunda visita
T74.31XA	Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico, confirmado, visita inicial
T74.31XA	Abuso psicológico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, primeira visita
T74.31XD	Abuso psicológico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, segunda visita
T74.32XA	Abuso psicológico de criança, confirmado, primeira visita
T74.32XD	Abuso psicológico de criança, confirmado, segunda visita
T76.01XA	Negligência de cônjuge ou parceiro, suspeitada, visita inicial
T76.01XD	Negligência de cônjuge ou parceiro, suspeitada, segunda visita
T76.02XA	Negligência de criança, suspeitada, primeira visita
T76.02XD	Negligência de criança, suspeitada, segunda visita
T76.11XA	Abuso físico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeitado, primeira visita
T76.11XA	Violência contra cônjuge ou parceiro, física, suspeitada, visita inicial
T76.11XD	Abuso físico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeitado, segunda visita
T76.11XD	Violência contra cônjuge ou parceiro, física, suspeitada, segunda visita
T76.12XA	Abuso físico de criança, suspeitado, primeira visita
T76.12XD	Abuso físico de criança, suspeitado, segunda visita
T76.21XA	Abuso sexual de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeitado, primeira visita
T76.21XA	Violência contra cônjuge ou parceiro, sexual, suspeitada, visita inicial
T76.21XD	Abuso sexual de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeitado, segunda visita
T76.21XD	Violência contra cônjuge ou parceiro, sexual, suspeitada, segunda visita
T76.31XA	Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico, suspeitado, visita inicial
T76.31XA	Abuso psicológico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeitado, primeira visita
T76.31XD	Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico, suspeitado, segunda consulta
T76.31XD	Abuso psicológico de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeitado, segunda visita
T76.32XA	Abuso psicológico de criança, suspeitado, primeira visita
T76.32XD	Abuso psicológico de criança, suspeitado, segunda visita
V60.010	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de negligência de criança por progenitor
V60.020	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de negligência de criança por não progenitor
V60.021	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador não-parental de negligência de criança
V63.5	Disrupção da família por separação ou divórcio

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
V69.011	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador parental de negligência de criança
Z55.9	Problema académico ou educacional
Z56.82	Problema relacionada com a situação actual de destacamento militar
Z56.9	Outro problema relacionado com o emprego
Z59.0	Ausência de abrigo
Z59.1	Alojamento inadequado
Z59.2	Discórdia com vizinho, inquilino, ou senhorio
Z59.3	Problema relacionado com viver num lar
Z59.4	Ausência de alimentação adequada ou de água potável
Z59.5	Pobreza extrema
Z59.6	Baixos rendimentos
Z59.7	Apoio da segurança social ou bem-estar insuficientes
Z59.9	Problema de alojamento ou económico não especificado
Z60.0	Problema com fase de vida
Z60.011	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador parental de abuso psicológico de criança
Z60.020	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso de criança por não-progenitor
Z60.021	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador não-parental de abuso de criança
Z60.2	Problema relacionado com viver sozinho
Z60.3	Dificuldade de aculturação
Z60.4	Exclusão ou rejeição social
Z60.5	Alvo de discriminação adversa ou perseguição (percebida)
Z60.9	Problema relacionado com ambiente social não especificado
Z62.29	Educação longe dos pais
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso físico na infância
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso sexual na infância
Z62.811	História pessoal (história pregressa) de abuso psicológico na infância
Z62.812	História pessoal (história pregressa) de negligência na infância
Z62.820	Problema relacional pais-filho
Z62.891	Problema relacional com irmãos
Z62.898	Criança afectada por problemas na relação parental
Z63.0	Problema de relacionamento com cônjuge ou parceiro íntimo
Z63.4	Luto não complicado
Z63.8	Elevado nível de expressão das emoções dentro da família
Z64.0	Problemas relacionados com gravidez indesejada
Z64.1	Problemas relacionados com multiparidade
Z64.4	Discórdia com prestador de serviços sociais, incluindo técnico de reinserção social, gestor de caso, ou assistente social
Z65.0	Condenação me processo cível ou penal, sem privação da liberdade
Z65.1	Detenção prisional ou outra forma de privação da liberdade
Z65.2	Problemas relacionados com libertação da prisão

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
Z65.3	Problemas relacionados com outras circunstâncias legais
Z65.4	Vítima de crime
Z65.4	Vítima de terrorismo ou tortura
Z65.5	Exposição a desastre, guerra, ou outras hostilidades
Z65.8	Outro problema relacionado com circunstâncias psicossociais
Z65.8	Problema religioso ou espiritual
Z65.9	Problema relacionado com circunstâncias psicossociais não especificadas, não especificado
Z69.010	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso de criança por progenitor
Z69.010	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso psicológico de criança por progenitor
Z69.010	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso sexual de criança por progenitor
Z69.011	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador parental de abuso de criança
Z69.011	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador parental de abuso sexual de criança
Z69.020	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso psicológico de criança por não-progenitor
Z69.020	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso sexual de criança por não-progenitor
Z69.021	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador não-parental de abuso psicológico de criança
Z69.021	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador não-parental de abuso sexual de criança
Z69.11	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
Z69.11	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de negligência de cônjuge ou parceiro
Z69.11	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de violência contra cônjuge ou parceiro, física
Z69.12	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
Z69.12	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador de negligência de cônjuge ou parceiro
Z69.12	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador de violência contra cônjuge ou parceiro, física
Z69.12	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador de violência contra cônjuge ou parceiro, sexual
Z69.81	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de abuso de adulto não-cônjuge
Z69.81	Consulta em serviço de saúde mental de vítima de violência contra cônjuge ou parceiro, sexual
Z69.82	Consulta em serviço de saúde mental de perpetrador de abuso de adulto não-cônjuge
Z70.9	Aconselhamento sexual
Z71.9	Outro aconselhamento ou consulta
Z72.0	Perturbação por uso de tabaco, Ligeira
Z72.810	Comportamento anti-social de criança ou adolescente
Z72.811	Comportamento anti-social do adulto
Z72.9	Problema relacionado com o estilo de vida
Z75.3	Indisponibilidade ou inacessibilidade dos serviços de cuidados de saúde
Z75.4	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras instituições de ajuda
Z76.5	Simulação
Z91.19	Não adesão ao tratamento médico

ICD-10-CM	Perturbação, condição ou problema
Z91.410	História pessoal (história pregressa) de violência de cônjuge ou parceiro, física
Z91.410	História pessoal (história pregressa) de violência de cônjuge ou parceiro, sexual
Z91.411	História pessoal (história pregressa) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
Z91.412	História pessoal (história pregressa) de negligência de cônjuge ou parceiro
Z91.49	História pessoal de outro trauma psicológico
Z91.5	História pessoal de autolesão
Z91.82	História pessoal de destacamento militar
Z91.83	Vagabundagem relacionada com uma perturbação mental
Z91.89	Outros factores de risco pessoais

Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5

Comissões de Revisão do DSM-5 do Conselho de Administração da APA

Comissão de Revisão Científica (SRC)
Kenneth S. Kendler, M.D. (Presidente)
Robert Freedman, M.D. (Copresidente)
Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
David Brent, M.D. (2011-)
Ellen Leibenluft, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D. (-2011)
Paul S. Summergrad, M.D.
Robert J. Ursano, M.D. (-2011)
Myrna Weissman, Ph.D. (2011-)
Joel Yager, M.D.
Jill L. Opalesky, M.S. (Apoio Administrativo)

Comissão de Revisão Clínica e de Saúde Pública (CPHC)
John S. McIntyre, M.D. (Presidente)
Joel Yager, M.D. (Copresidente)
Anita Everett, M.D.
Cathryn A. Galanter, M.D.
Jeffrey M. Lyness, M.D.
James E. Nininger, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Michael J. Vergare, M.D.
Ann Miller (Apoio Administrativo)

Comissão de Supervisão
Carolyn Robinowitz, M.D. (Presidente)
Mary Badaracco, M.D.
Ronald Burd, M.D.
Robert Freedman, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Kyla Pope, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Daniel K. Winstead, M.D.
Joel Yager, M.D.

Comissão de Revisão do DSM-S da Assembleia da APA
Glenn A. Martin, M.D. (Presidente)
R. Scott Benson, M.D. (Porta-voz da Assembleia)
William Cardasis, M.D.
John M. De Figueiredo, M.D.
Lawrence S. Gross, M.D.
Brian S. Hart, M.D.
Stephen A. McLeod Bryant, M.D.
Gregory A. Miller, M.D.
Roger Peele, M.D.
Charles S. Price, M.D.
Deepika Sastry, M.D.
John P.D. Shemo, M.D.
Eliot Sorel, M.D.

Grupo de Cúpula do DSM-5
Dilip V. Jeste, M.D. (Presidente)
R. Scott Benson, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Glenn A. Martin, M.D.
John S. McIntyre, M.D.
John M. Oldham, M.D.
Roger Peele, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
James H. Scully Jr., M.D.
Joel Yager, M.D.

Paul S. Appelbaum, M.D. (Conselheiro)
Michael B. First, M.D. (Conselheiro)

Revisão dos Ensaios de Campo do DSM-5
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Craig Nelson, M.D.

Revisão Forense do DSM-5
Paul S. Appelbaum, M.D.
Lama Bazzi, M.D.
Alec W. Buchanan, M.D., Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, M.D.
Michael Champion, M.D.
Jeffrey C. Eisen, M.D.
Elizabeth Ford, M.D.
Daniel T. Hackman, M.D.
Mark Hauser, M.D.
Steven K. Hoge, M.D., M.B.A.
Debra A. Pinals, M.D.
Guillermo Portillo, M.D.
Patricia Recupero, M.D., J.D.
Robert Weinstock, M.D.
Cheryl Wills, M.D.
Howard V. Zonana, M.D.

Colaboradores Anteriores do DSM-5 da APA

Erin J. Dalder-Alpher
Kristin Edwards
Leah I. Enge
Lenna Jawdat
Elizabeth C. Martin
Rocio J. Salvador

Consultores dos Grupos de Trabalho

Perturbações de Hiperatividade/Défice de Atenção e do Comportamento Disruptivo
Emil F. Coccaro, M.D.
Deborah Dabrick, Ph.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Benjamin B. Lahey, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
Mary Solanto, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.
Eric Youngstrom, Ph.D.

Perturbações da Ansiedade, do Espectro Obsessivo-Compulsivo, Pós-Traumáticas e Dissociativas
Lynn E. Alden, Ph.D.
David B. Arciniegas, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Chris R. Brewin, Ph.D.
Richard J. Brown, Ph.D.
Timothy A. Brown, Ph.D.
Richard A. Bryant, Ph.D.
Joan M. Cook, Ph.D.
Joop de Jong, M.D., Ph.D.
Paul F. Dell, Ph.D.
Damiaan Denys, M.D.
Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
Brian A. Fallon, M.D., M.P.H.
Edna B. Foa, Ph.D.
Martin E. Franklin, Ph.D.
Wayne K. Goodman, M.D.
Jon E. Grant, J.D., M.D.
Bonnie L. Green, Ph.D.
Richard G. Heimberg, Ph.D.
Judith L. Herman, M.D.
Devon E. Hinton, M.D., Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
Charles W. Hoge, M.D.
Terence M. Keane, Ph.D.
Nancy J. Keuthen, Ph.D.
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Katharina Kircanski, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D., D.Sc.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Richard T. LeBeau, M.A.
Richard J. Loewenstein, M.D.
David Mataix-Cols, Ph.D.
Thomas W. McAllister, M.D.
Harrison G. Pope, M.D., M.P.H.
Ronald M. Rapee, Ph.D.

Steven A. Rasmussen, M.D.
Patricia A. Resick, Ph.D.
Vedat Sar, M.D.
Sanjaya Saxena, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
M. Katherine Shear, M.D.
Daphne Simeon, M.D.
Harvey S. Singer, M.D.
Melinda A. Stanley, Ph.D.
James J. Strain, M.D.
Kate Wolitzky Tayloe, Ph.D.
Onno van der Hart, Ph.D.
Eric Vermetten, M.D., Ph.D.
John T. Walkup, M.D.
Sabine Wilhelm, Ph.D.
Douglas W. Woods, Ph.D.
Richard E. Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, M.D.

Perturbações da Infância e da Adolescência
Adrian Angold, Ph.D.
Deborah Beidel, Ph.D.
David Brent, M.D.
John Campo, M.D.
Gabrielle Carlson, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
David Klonsky, Ph.D.
Matthew Nock, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.

Perturbações da Alimentação
Michael J. Devlin, M.D.
Denise E. Wilfley, Ph.D.
Susan Z. Yanovsky, M.D.

Perturbações do Humor
Boris Birmaher, M.D.
Yeates Conwell, M.D.
Ellen B. Dennehy, Ph.D.
S. Ann Hartlage, Ph.D.
Jack M. Hettema, M.D., Ph.D.
Michael C. Neale, Ph.D.
Gordon B. Parker, M.D., Ph.D., D.Sc.
Roy H. Perlis, M.D. M.Sc.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Norman E. Rosenthal, M.D.
Peter J. Schmidt, M.D.
Mort M. Silverman, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A.
Sidney Zisook, M.D.

Perturbações Neurocognitivas
Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
Vladimir Hachinski, M.D., C.M., D.Sc.
Sharon Inouye, M.D., M.P.H.
Grant Iverson, Ph.D.
Laura Marsh, M.D.
Bruce Miller, M.D.
Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
George Prigatano, Ph.D.
Ron Ruff, Ph.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Robert Sweet, M.D.
Paula Trzepacz, M.D.

Perturbações do Neurodesenvolvimento
Ari Ne'eman
Nickola Nelson, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Eva Petrova, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Jan Piek, Ph.D.
Helene Polatajko, Ph.D.
Alya Reeve, M.D.
Mabel Rice, Ph.D.
Joseph Sergeant, Ph.D.
Bennett Shaywitz, M.D.
Sally Shaywitz, M.D.
Audrey Thurm, Ph.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Warren Zigman, Ph.D.

Personalidade e Perturbações da Personalidade
Eran Chemerinski, M.D.
Thomas N. Crawford, Ph.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Kristian E. Markon, Ph.D.
Rebecca L. Shiner, Ph.D.
Kenneth R. Silk, M.D.
Jennifer L. Tackett, Ph.D.
David Watson, Ph.D.

Perturbações Psicóticas
Kamaldeep Bhui, M.D.
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Richard Douyon, M.D.

Paolo Fusar-Poli, Ph.D.
John H. Krystal, M.D.
Thomas H. McGlashan, M.D.
Victor Peralta, M.D., Ph.D.
Anita Riecher-Rössler, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.

Perturbações Sexuais e da Identidade de Género
Stan E. Althof, Ph.D.
Richard Balon, M.D.
John H. J. Bbancroft, M.D., M.A., D.P.M.
Howard E. Barbaree, Ph.D., M.A.
Rosemary J. Basson, M.D.
Sophie Bergeron, Ph.D.
Anita L. Clayton, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Domenico Di Ceglie, M.D.
Esther Gomez-Gil, M.D.
Jamison Green, Ph.D.
Richard Green, M.D., J.D.
R. Karl Hanson, Ph.D.
Lawrence Hartmann, M.D.
Stephen J. Hucker, M.B.
Eric S. Janus, J.D.
Patrick M. Jern, Ph.D.
Megan S. Kaplan, Ph.D
Raymond A. Knight, Ph.D.
Ellen T. M. Laan, Ph.D.
Stephen B. Levine, M.D.
Christopher G. McMahon, M.B.
Marta Meana, Ph.D.
Michael H. Miner, Ph.D., M.A.
William T. O'Donohue, Ph.D.
Michael A. Perelman, Ph.D.
Caroline F. Pukall, Ph.D.
Robert E. Pyke, M.D., Ph.D.
Vernon L. Quinsey, Ph.D. M.Sc.
David L. Rwoland, Ph.D., M.A.
Michael Sand, Ph.D., M.P.H.
Leslie R. Schover, Ph.D., M.A.
Paul Stern, B.S., J.D.
David Thornton, Ph.D.
Leonore Tiefer, Ph.D.
Douglas E. Tucker, M.D.
Jacques van Lankveld, Ph.D.
Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D.

Perturbações do Sono-Vigília
Donald L. Bliwise, Ph.D.
Daniel J. Buysse, M.D.
Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
Sanjeeve V. Kothare, M.D.
Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Rachel Manber, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Thomas C. Neylan, M.D.
Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc, Ph.D.
Judith Owens, M.D., M.P.H.
Daniel L. Picchietti, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
Daniel Weintraub, M.D.
Theresa B. Young, Ph.D.
Phyllis C. Zee, M.D., Ph.D.

Perturbações de Sintomas Somáticos
Brenda Bursch, Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.
W. Curt LaFrance, Jr., M.D., M.P.H.
Jon Stone, M.B., Ch.B., Ph.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Perturbações Relacionadas com Substâncias
Raymond F. Anton, Jr., M.D.
Deborah A. Dawson, Ph.D.
Roland R. Griffiths, Ph.D.
Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Marilyn A. Huestis, Ph.D.
John R. Hughes, M.D.
Thomas R. Kosten, M.D.
Nora D. Volkow, M.D.

Grupo de Estudo do DSM-5 e Outros Grupos de Conselheiros do DSM-5

Abordagens do Desenvolvimento e Período de Vida
Christina Bryant, Ph.D.
Amber Gum, Ph.D.
Thomas Meeks, M.D.
Jan Mohlman, Ph.D.

Steven Thorp, Ph.D.
Julie Wetherell, Ph.D.

Questões de Género e Transculturais
Neil K. Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A.
Sofie Bäärnhielm, M.D., Ph.D.
José J. Bauermeister, Ph.D.
James Boehnlein, M.D., M.Sc.
Jaswant Guzder, M.D.
Alejandro Interian, Ph.D.
Sushrut S. Jadhav, M.B.B.S., M.D., Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Alex J. Kopelowicz, M.D.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Steven R. Lopez, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
John R. Peteet, M.D.
Hans (J.G.B.M.) Rohlof, M.D.
Cecile Rousseau, M.D.
Mitchell G. Weiss, M.D., Ph.D.

Interface Psiquiatria/Medicina Geral
Daniel L. Coury, M.D.
Bernard P. Dreyer, M.D.
Danielle Laraque, M.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Défice e Incapacidade
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Martin Prince, M.D., M.Sc.
Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instrumentos de Avaliação Diagnóstica
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Ruben Gur, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
John Houston, M.D., Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.

Outros Colaboradores/Consultores

Perturbações de Hiperatividade/Défice de Atenção e do Comportamento Disruptivo
Patrick E. Shrout, Ph.D.
Erik Wilcutt, Ph.D.

Perturbações da Ansiedade, do Espectro Obsessivo-Compulsivo, Pós-Traumáticas e Dissociativas
Eric Hollander, M.D.
Charlie Marmar, M.D.
Mark W. Miller, Ph.D.
Mark H. Pollack, M.D.
Heidi S. Resnick, Ph.D.

Perturbações da Infância e da Adolescência
Grace T. Baranek, Ph.D.
Colleen Jacobson, Ph.D.
Maria Oquendo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.

Perturbações da Alimentação
Nancy L. Zucker, Ph.D.

Perturbações do Humor
Keith Hawton, M.Sc.
David A. Jobes, Ph.D.
Maria A. Oquendo, M.D.

Perturbações Neurocognitivas
J. Eric Ahlskog, M.D., Ph.D.
Allen J. Aksamit, M.D.
Marilyn Albert, Ph.D.
Guy Mckhann, M.D.
Bradley Boeve, M.D.
Helena Chui, M.D.
Sureyya Dikmen, Ph.D.
Douglas Galasko, M.D.
Harvey Levin, Ph.D.
Mark Lovell, Ph.D.
Jeffery Max, M.B.B.Ch.
Ian McKeith, M.D.
Cynthia Munro, Ph.D.
Marlene Oscar-Berman, Ph.D.
Alexander Troster, Ph.D.

Perturbações do Neurodesenvolvimento
Anna Barnett, Ph.D.
Martha Denckla, M.D.
Jack M. Fletcher, Ph.D.
Dido Green, Ph.D.
Stephen Greenspan, Ph.D.

Bruce Pennington, Ph.D.
Ruth Shalev, M.D.
Larry B. Silver, M.D.
Lauren Swineford, Ph.D.
Michael Von Aster, M.D.

Personalidade e Perturbações da Personalidade
Patricia R. Cohen, Ph.D.
Jaime L. Derringer, Ph.D.
Lauren Helm, M.D.
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Anthony Pinto, Ph.D.

Perturbações Psicóticas
Scott W. Woods, M.D.

Perturbações Sexuais e da Identidade de Género
Alan J. Riley, M.Sc.
Ray C. Rosen, Ph.D.

Perturbações do Sono-Vigília
Jack D. Edinger, Ph.D.
David Gozal, M.D.
Hochang B. Lee, M.D.
Tore A. Nielsen, Ph.D.
Michael J. Sateia, M.D.
Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Perturbações de Sintoma Somático
Chuck V. Ford, M.D.
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., M.D.

Perturbações Relacionadas com Substâncias
Sally M. Anderson, Ph.D
Julie A. Kable, Ph.D.
Christopher Martin, Ph.D.
Sarah N. Mattson, Ph.D
Edward V. Nunes, Jr., M.D.
Mary J. O'Connor, Ph.D.
Heather Carmichael Olson, Ph.D.
Blair Paley, Ph.D.
Edward P. Riley, Ph.D.
Tulshi D. Saha, Ph.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D.
George E. Woody, M.D.

Espectro Diagnóstico e Harmonização DSM/ICD
Bruce Cuthbert, Ph.D.

Abordagens do Desenvolvimento e Período de Vida
Aartjan Beekman, Ph.D.
Alistair Flint, M.B.
David Sultzer, M.D.
Ellen Whyte, M.D.

Questões de Género e Transculturais
Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Kavoos G. Bassiri, M.S.
Venkataramana Bhat, M.D.
Marit Bioler, M.P.H.
Denise Canso, M.Sc.
Smita N. Deshpande, M.D., D.P.M.
Ravi DeSilva, M.D.
Esperanza Diaz, M.D.
Byron J. Good, Ph.D.
Simon Groen, M.A.
Ladson Hinton, M.D.
Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.
Francis G. Lu, M.D.
Athena Madan, M.A.
Anne W.. Mbwayo, Ph.D.
Oanh Meyer, Ph.D.
Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.
David M. Ndetei, M.D.
Andel V. Nicasio, M.S.Ed.
Vasudeo Paralikar, M.D., Ph.D.
Kanak Patil, M.A.
Filipa I. Santos, H.B.Sc.
Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.
Monica Z. Scalco, M.D., Ph.D.
Katie Thompson, M.A.
Hendry Ton, M.D., M.Sc.
Rob C. J. Van Dijk, M.Sc.
Johann M. Vega-Dienstmaier, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D. Ph.D.

Interface Psiquiatria/Medicina Geral
Daniel J. Balog, M.D.
Charles C. Engel, M.D., M.P.H.
Charles D. Motsinger, M.D.

Défice e Incapacidade
Cille Kennedy, Ph.D.

Instrumentos de Avaliação Diagnóstica
Paul J. Pikonis, Ph.D.

Outras Condições Que Podem Ser Foco de Atenção Médica
William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Presidente*
Roger Peele, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D., *Assessor*
Stanley N. Caroff, M.D., *Colaborador/Consultor*
James B. Lohr, M.D., *Colaborador/Consultor*
Marianne Wambolt, Ph.D., *Colaborador/Consultor*

Grupo de Investigação do DSM-5
Allan Donner, Ph.D.

Pares Avaliadores da CPHC

Kenneth Altshuler, M.D.
Pedro G. Alvarenga, M.D.
Diana J. Antonacci, M.D.
Richard Balon, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarret Barnhill, M.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed.D.
James Bourgeois, M.D.
David Braff, M.D.
Harry Brandt, M.D.
Kirk Brower, M.D.
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Brenda Bursch, Ph.D.
Joseph Camilleri, M.D.
Patricia Casey, M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Eran Chemerinski, M.D.
Wai Chen, M.D.
Elie Cheniaux, M.D., D.Sc.
Cheryl Chessick, M.D.
J. Richard Ciccone, M.D.
Anita H. Clayton, M.D.
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
John Csernansky, M.D.
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Joanne L. Davis, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, M.D.
Dimitris Dikeos, M.D.
Ina E. Djonlagic, M.D.
C. Neill Epperson, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Spencer Eth, M.D.
David Fassler, M.D.
Giovanni A. Fava, M.D.
Robert Feinstein, M.D.
Molly Finnerty, M.D.
Mark H. Fleisher, M.D.
Alessio Florentini, M.D.
Laura Fochtmann, M.D.
Marshal Forstein, M.D.
William French, M.D.
Maximillian Gahr, M.D.
Cynthia Geppert, M.D.
Ann Germaine, Ph.D.
Marcia Goin, M.D.
David A. Gorelick, M.D., Ph.D.
David Graeber, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, M.D.
Victoria Hendrick, M.D.
Merril Herman, M.D.
David Herzog, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Ya-fen Huang, M.D.
Anthony Kales, M.D.
Niranjan S. Karnik, M.D., Ph.D.
Jeffrey Katzman, M.D.
Bryan King, M.D.
Cecilia Kjellgren, M.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Steven Lamberti, M.D.
Ruth A. Lanius, M.D.
John Lauriello, M.D.
Anthony Lehman, M.D.
Michael Linden, M.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, M.D.
Wendy Marsh, M.D.
Michael S. McCloskey, Ph.D.
Jeffrey Metzner, M.D.
Robert Michels, M.D.

Laura Miller, M.D.
Michael C. Miller, M.D.
Frederick Moeller, M.D.
Peter T. Morgan, M.D., Ph.D.
Madhav Muppa, M.D.
Philip Muskin, M.D.
Joachim Nitschke, M.D.
Abraham Nussbaum, M.D.
Ann Olincy, M.D.
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, M.D.
Ismene L. Petrakis, M.D.
Christophe M. Pfeiffer, M.D.
Karen Pierce, M.D.
Belinda Plattner, M.D.
Franklin Putnam, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
John Racy, M.D.
Philip Resnick, M.D.
Michele Riba, M.D.
Jerold Rosebaum, M.D.
Stephen Ross, M.D.
Lawrence Scahill, M.S.N., Ph.D.
Daniel Schechter, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.
Alessandro Serretti, M.D.
Jianhua Shen, M.D.
Ravi Kumar R. Singareddy, M.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Gary Small, M.D.
Paul Soloff, M.D.
Christina Stadler, M.D., Ph.D.
Nada Stotland, M.D.
Neil Serdlow, M.D.
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Jayne Trachman, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Richard Tuch, M.D.
Johan Verhulst, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Michael Weissberg, M.D.
Godehard Weniger, M.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Thomas Wise, M.D.
George E. Woods, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Alexander Young, M.D.

Ensaios de Campo do DSM-5 em Centros Médicos Académicos – Amostras de Adultos

David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles

Investigador
Helen Lavretsky, M.D., Investigador Principal

Médicos de Referenciação e Entrevista
Jessica Brommelhoff, Ph.D.
Xavier Cagigas, Ph.D.
Paul Cernin, Ph.D.
Linda Ercoli, Ph.D.
Randall Espinoza, M.D.
Helen Lavretsky, M.D.
Jeanne Kim, Ph.D.
David Merrill, M.D.
Karen Miller, Ph.D.
Christopher Nunez, Ph.D.

Coordenadores de Investigação
Natalie St. Cyr, M.A., Diretor de Coordenação de Investigação
Nora Nazarian, B.A.
Colin Shinn, M.A.

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontário, Canadá

Investigadores
Bruce G. Pollock, M.D., Ph.D., Investigador Coordenador
R. Michael Bagby, Ph.D. , Investigador Coordenador
Kwame J. McKenzie, M.D., Investigador Coordenador
Tony P. George, M.D., Coinvestigador
Lena C. Quilty, Ph.D., Coinvestigador
Peter Voolre, M.D., Coinvestigador

Médicos de Referenciação e Entrevista
Dorma E. Akman, Ph.D.
R. Michael Bagby, Ph.D.
Wayne C. V. Baici, M.D.
Crystal Baluyut, M.D.
Eva W. C. Chow, M.D., J.D., M.P.H.
Z.J. Daskalakis, M.D., Ph.D.
Pablo Diaz-Hermosillo, M.D.
George Foussias, M.Sc., M.D.
Paul A. Frewen, Ph.D.
Ariel Graff-Guerrero, M.D., M.Sc., Ph.D
Margaret K. Hahn, M.D.
Lorena Hsu, Ph.D.
Justine Joseph, Ph.D.
Sean Kidd, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
Mahesh Menos, Ph.D.
Romina Mizrahi, M.D., Ph.D.
Daniel J. Muller, M.D., Ph.D.
Lena C. Quilty, Ph.D.
Anthony C. Ruocco, Ph.D
Jorge Soni, M.D.
Aristotle N. Voineskos, M.D., Ph.D.
George Voineskos, M.D.
Peter Voore, Ph.D.
Chris Watson, Ph.D.

Médicos de Referenciação
Ofer Agid, M.D.
Ash Bender, M.D.
Patricia Cavanagh, M.D.
Sarah Colman, M.D.
Vincenzo Deluca, M.D.
Justin Geagea, M.D.
David S. Goldbloom, M.D.
Daniel Greben, M.D.
Malati Gupta, M.D.
Ken Harrison, M.D.
Imraan Jeeva, M.D.
Joel Jeffries, M.B.
Judith Laposa, Ph.D.
Jan Malat, M.D.
Shelley McMain, Ph.D.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
Andriy V. Samokhvalov, M.D., Ph.D.
Martin Strassnig, M.D.
Albert H. C. Wong, M.D., Ph.D.

Coordenadores de Investigação
Gloria I. Leo, M.A., Diretor de Coordenação de Investigação
Anissa D. Bachan, B.A.
Bahar Haji-Khamneh, M.A.
Olga Likhodi, M.Sc.
Eleanor J. Liu, Ph.D.
Sarah A. McGee Ng, B.B.A.

Outros Investigadores
Susan E. Dickens, M.A. Gestor de Investigação Clínica
Sandy Richards, B.Sc.N., Gestor de investigação em esquizofrenia

Dallas VA Medical Center, Dallas, Texas

Investigadores
Carol S. North, M.D., M.P.E., Investigador coordenador
Alina Suris, Ph.D., A.B.P.P., Investigador coordenador

Médicos de Referenciação e Entrevista
Barry Ardolf, Psy. D.
Abila Awan, M.D.
Joel Baskin, M.D.
John Black, Ph.D.
Jeffrey Dodds, Ph.D.
Gloria Emmett, Ph.D.
Karma Hudson, M.D.
Jamylah Jackson, Ph.D. A.B.P.P.
Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., A.B.P.P.
Heidi Koehler, Ph.D., A.B.P.P.
Elizabeth Lewis, Psy. D.
Aashish Parikh, M.D.
Reed Robinson, Ph.D.
Jheel Shah, M.D.
Geetha Shivakumar, M.D.
Sarah Spain, Ph.D., A.B.P.P.
Lisa Thoman, Ph.D.
Lia Thomas, M.D.
Jamie Zabukovec, Psy. D.
Mustafa Zaidi, M.D.
Andrea Zartman, Ph.D.

Fontes Gerais de Referenciação
Robert Blake, L.M.S.W.
Evelyn Gibbs, L.M.S.W.

Michelle King-Thompson, L.M.S.W.

Coordenadores de Investigação
Jeannie B. Whitman, Ph.D., Diretor de Coordenação de Investigação
Sunday Adewuyi, M.D.
Elizabeth Anderson, B.A.
Solaleh Azimipour, B.S.
Carissa Barney, B.S.
Kristie Cavazos, B.A.
Robert Devereaux, B.S.
Dana Downs, M.S., M.S.W.
Sharjeel Farooqui, M.D.
Julia Smith, Psy. D.
Kun-Ying H. Sung, B.S.

School of Medicine, The University of Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Investigador
Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A., Investigador Coordenador

Médicos de Referenciação e Entrevista
Suman Baddam, Psy.D.
Charles L. Bowden, M.D.
Nancy Diazgranados, M.D., M.S.
Craig A. Dike, Psy.D.
Dianne E. Dunn, Psy.D., M.P.H.
Elena Gherman, M.D.
Jodi M. Gonzalez, Ph.D.
Pablo Gonzalez, M.D.
Phillip Lai, Psy. D.
Natalie Maples-Aguilar, M.A., L.P.A.
Marlon P. Quinones, M.D.
Jeslina J. Raj, Psy. D.
David L. Roberts, Ph.D.
Nancy Sandusky, R.N., F.P.M.H.N.P.-B.C.,D.N.P.-C.
Donna S. Stutes, M.S., L.P.C.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.PH, M.B.A.
Dawn I. Velligan, Ph.D.
Weiran Wu, M.D., Ph.D.

Médicos de Referenciação
Albana Dassori, M.D.
Megan Frederick, M.A.
Robert Gonzalez, M.D.
Uma Kasinath, M.D.
Camis Milam, M.D.
Vivek Singh, M.D.
Peter Thompson, M.D.

Coordenadores de Investigação
Melissa Hernandez, B.A., Diretor de Coordenação de Investigação
Fermin Alejandro Carrizales, B.A.
Martha Dahl, R.N., B.S.N.
Patrick M. Smith, B.A.
Nicole B. Watson, M.A.

Michael E. DeBakey VA Medical Center and the Menninger Clinic, Houston, Texas (Joint Study Site)

Michael E. DeBakey VA Medical Center

Investigador
Laura Marsh, M.D., Investigador Principal

Médicos de Referenciação e Entrevista
Shalini Aggarwal, M.D.
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Crystal Clark, M.D.
Charles DeJohn, M.D.
Robert Garza, M.D.
Aruna Gottumakkla, M.D.
Janet Hickey, M.D.
James Ireland, M.D.
Mary Lois Lacey, A.P.R.N.
Wendy Leopoulos, M.D.
Laura Marsh, M.D.
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.
Avila Steele, Ph.D
Jill Wanner, Ph.D.
Rachel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Médicos de Referenciação
Sara Allison, M.D.
Leonard Denney, L.C.S.W.
Catherine Flores, L.C.S.W.
Nathalie Marie, M.D.
Christopher Martin, M.D.
Sanjay Mathew, M.D.
Erica Montgomery, M.D.
Gregory Scholl, P.A.
Jocelyn Ulanday, M.D., M.P.H.

Coordenadores de Investigação
Sarah Neely Torres, B.S., Diretora de Coordenação de Investigação
Kathleen Grout, M.A.
Lea Kiefer, M.P.H.
Jana Tran, M.A.

Assistentes de Investigação Voluntários
Catherine Clark
Linh Hoang

Menninger Clinic

Investigador
Efrain Bleiberg, M.D., Investigador Coordenador

Médicos de Referenciação e Entrevista
Jennifer Baumgardner, Ph.D.
Elizabeth Dodd Conaway, L.C.S.W., B.C.D.
Warren Christianson, D.O.
Wesley Clayton, L.M.S.W.
J. Christopher Fowler, Ph.D.
Michael Groat, Ph.D.
Edythe Harvey, M.D.
Denise Kagan, Ph.D.
Hans Meyer, L.C.S.W.
Segundo Robert-Ibarra, M.D.
Sandhya Trivedi, M.D.
Rebecca Wagner, Ph.D.
Harrel Woodson, Ph.D.
Amanda Yoder, L.C.S.W.

Médicos de Referenciação
James Flack, M.D.
David Ness, M.D.

Coordenadores de Investigação
Steve Herrera, B.S., M.T., Diretor de Coordenação de Investigação
Allison Kalpakci, B.A.

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Investigadores
Mark A. Frye, M.D., Investigador Principal
Glenn E. Smith, Ph.D., Investigador Principal
Jeffrey P. Staab, M.D., Investigador Principal

Médicos de Referenciação e Entrevista
Osama Abulseoud, M.D.
Jane Cerhan, Ph.D.
Julie Fields, Ph.D.
Mark A. Frye, M.D.
Manuel Fuentes, M.D.
Yonas Geda, M.D.
Maria Harmandayan, M.D.
Reba King, M.D.
Simon Kung, M.D.
Mary Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, M.D.
Alastair McKean, M.D.
Juliana Moraes, M.D.
Teresa Rummans, M.D.
James R. Rundell, M.D.
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola, D.O.
Jeffrey P. Staab, M.D., M.S.
Marin Veldic, M.D.
Mark D. Williams, M.D.
Maya Yustis, Ph.D.

Coordenadores de Investigação
Lisa Seymour, B.S., Diretora de Coordenação de Investigação
Scott Feeder, M.S.
Lee Gunderson, B.S.
Sherrie Hanna, M.A., L.P.
Kelly Harper, B.A.
Katie Mingo, B.A.
Cynthia Stoppel, A.S.

Outros Investigadores
Anna Frye
Andrea Hogan

Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Investigadores
Mahendra T. Bhati, M.D., Investigador Principal
Marna S. Barrett, Ph.D., Coinvestigador
Michael E. Thase, M.D., Coinvestigador

Médicos de Referenciação e Entrevista
Peter B. Bloom, M.D.
Nicole K. Chalmers, L.C.S.W.
Torrey A. Creed, Ph.D.
Mario Cristancho, M.D.
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josephine Elia, M.D.
Peter Gariti, Ph.D., L.C.S.W.
Philip Gehrman, Ph.D.
Laurie Gray, M.D.
Emily A. P. Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, M.B.A., M.S., Psy.D.
Paulo Knapp, M.D.
Yong-Tong Li, M.D.
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Luke Schultz, Ph.D.
Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, M.D.
Nancy A. Wintering, L.C.S.W.

Médicos de Referenciação
Eleanor Ainslie, M.D.
Kelly C. Allison, Ph.D.
Rebecca Aspden, M.D.
Claudia F. Baldassano, M.D.
Vijayta Bansal, M.D.
Rachel A. Bennett, M.D.
Richard Bollinger, Ph.D.
Andrea Bowen, M.D.
Karla Campanella, M.D.
Anthony Carlino, M.D.
Noah Carroll, M.S.S.
Alysia Cirona, M.D.
Samuel Collier, M.D.
Andreea Crauciuc, L.C.S.W.
Pilar Cristancho, M.D.
Traci D'Almeida, M.D.
Kathleen Diller, M.D.
Benoit Dubé, M.D.
Jon Dukes, M.S.W.
Lauren Elliott, M.D.
Mira Elwell, B.A.
Mia Everett, M.D.
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patricia Furlan, Ph.D.
Joanna Goldstein, L.C.S.W.
Paul Grant, Ph.D.
Jillian Graves, L.C.S.W.
Tamar Gur, M.D., Ph.D.
Alisa Gutman, M.D. Ph.D.
Nora Hymowitz, M.D.
Sofia Jensen, M.D.
Tiffany King, M.S.W.
Katherine Levine, M.D.
Alice Li, M.D.
Janet Light, L.C.S.W.
John Listerud, M.D., Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Donovan Maust, M.D.
Adam Meadows, M.D.
Michelle Moyer, M.D.
Rebecca Naugle, L.C.S.W.
Cory Newman, Ph.D.
John Northrop, M.D:, Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
John O'Reardon, M.D.
Abraham Pachikara, M.D.
Andrea Perelman, M.S.W.
Diana Perez, M.S.W.
Bianca Previdi, M.D.
J. Russell Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colon, M.D.
Jan Smedley, L.C.S.W.
Katie Struble, M.S.W.
Aita Susi, M.D.
Yekaterina Tatarchuk, M.D.
Ellen Tarves, M.A.
Allison Tweedie, M.D.
Holly Valerio, M.D.
Thomas A. Wadden, Ph.D.
Joseph Wright, Ph.D.
Yan Xuan, M.D.
David Yusko, Psy.D.

Coordenadores de Investigação
Jordan A. Coello, B.A., Diretor de Coordenação de Investigação
Eric Wang, B.S.E.

Assistentes de Investigação/Internos Voluntários
Jeannine Barker, M.A., A.T.R.
Jacqueline Baron
Kelsey Bogue
Alexandra Ciomek
Martekuor Dodoo, B.A.
Julian Domanico
Laura Heller, B.A.
Leah Hull-Rawson, B.A.
Jacquelyn Klehm, B.A.
Christina Lam
Dante Proetto, B.S.
Molly Roy
Casey Shannon

Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Investigadores
Carl Feinstein, M.D., Investigador Principal
Debra Safer, M.D., Investigador Principal

Médicos de Referenciação e Entrevista
Kari Berquist, Ph.D.
Eric Clausell, Ph.D.
Danielle Colborn, Ph.D.
Whitney Daniels, M.D.
Alison Darcy, Ph.D.
Krista Fielding, M.D.
Mina Fisher, M.D.
Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, M.D.
Grace Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, M.D.
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, M.D.
Rex Huang, M.D.
Nina Kirz, M.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, M.D.
Adrianne Lona, M.D.
Ranvinder Rai, M.D.
Rebecca Rialon, Ph.D.
Beverly Rodriguez, M.D., Ph.D.
Debra Safer, M.D.
Mary Sanders, Ph.D.
Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, M.D.
Maria-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, M.D.
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Médicos de Referenciação
Robin Apple, Ph.D.
Victor Carrion, M.D.
Carl Feinstein, M.D.
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardan, M.D.
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, M.D.
Lauren Mikula, Psy.D.
Brandyn Street, Ph.D.
Violeta Tan, M.D.
Heather Taylor, Ph.D.
Jacob Towery, M.D.
Sharon Williams, Ph.D.

Coordenadores de Investigação
Kate Arnow, B.A., Diretora de Coordenação de Investigação
Nandini Datta, B.S.
Stephanie Manasse, B.A.

Assistentes de Investigação/Internos Voluntários
Arianna Martin, M.S.
Adriana Nevado, B.A.

Children's Hospital Colorado, Aurora, Colorado

Investigador
Marianne Wamboldt, M.D., Investigador Principal

Médicos de Referenciação e Entrevista
Galia Abadi, M.D.
Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.

Adam Burstein, M.D.
Debbie Carter, M.D.
Kelly Caywood, Ph.D.
Meredith Chapman, M.D.
Paulette Christian, A.P.P.M.H.N.
Mary Cook, M.D.
Anthony Cordaro, M.D.
Audrey Dumas, M.D.
Guido Frank, M.D.
Karen Frankel, Ph.D.
Darryl Graham, Ph.D.
Yael Granader, Ph.D.
Isabelle Guillemet, M.D.
Patrece Hairston, Ph.D.
Charles Harrison, Ph.D.
Tammy Herckner, L.C.S.W.
Cassie Karlsson, M.D.
Kimberly Kelsay, M.D.
David Kieval, Ph.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost, L.C.S.W.
Harrison Levine, M.D.
Raven Lipmanson, M.D.
Susan Lurie, M.D.
Asa Marokus, M.D.
Idalia Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph.D.
Scot McKay, M.D.
Marissa Murgolo, L.C.S.W.
Alyssa Oland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Gautam Rajendran, M.D.
Diane Reichmuth, Ph.D.
Michael Rollin, M.D.
Marlena Romero, L.C.S.W.
Michelle Roy, Ph.D.
Celeste St. John-Larkin, M.D.
Elise Sannar, Ph.D.
Daniel Savin, M.D.
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith, L.C.S.W.
Mindy Solomon, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly, L.C.S.W.
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, A.P.P.M.H.N.
Marianne Wamboldt, M.D.
Angela Ward, L.C.S.W.
Jason Williams, Ph.D.
Jason Willoughby, Ph.D.
Brennan Young, Ph.D.

Médicos de Referenciação
Kelly Bhatnagar, Ph.D.
Jeffery Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg, L.C.S.W.
Jennifer Hagman, M.D.
James Masterson, L.C.S.W.
Hy Gia Park, M.D.
Tami Roblek, Ph.D.
Wendy Smith, Ph.D.
David Williams, M.D.

Coordenadores de Investigação
Laurie Burnside, M.S.S., C.C.R.C., Diretora de Coordenação de Investigação
Darci Anderson, B.A., C.C.R.C.
Heather Kennedy, M.P.H.
Amanda Millar, B.A.
Vanessa Waruinge, B.S.
Elizabeth Wallace, B.A.

Assistentes de Investigação/Internos Voluntários
Wisdom Amouzou
Ashley Anderson
Michael Richards
Mateya Whyte

Baystate Medical Center, Springfield, Massachussetts

Investigadores
Bruce Waslick, M.D., Investigador Principal
Cheryl Bonica, Ph.D., Coinvestigador
John Fanton, M.D., Coinvestigador
Barry Sarvet, M.D., Coinvestigador

Médicos de Referenciação e Entrevista
Julie Bermant, R.N., M.S.N., N.P.
Cheryl Bonica, Ph.D.
Jodi Devine, L.I.C.S.W.
William Fahey, Ph.D.
John Fanton, M.D.
Stephane Jacobus, Ph.D.

Barry Sarvet, M.D.
Peter Thunfors, Ph.D.
Bruce Waslick, M.D.
Vicki Weld, L.I.C.S.W.
Sara Wiener, L.I.C.S.W.
Shadi Zaghloul, M.D.

Médicos de Referenciação
Sarah Detenber, L.I.C.S.W.
Gordon Garrison, L.I.C.S.W.
Jacqueline Humpreys, L.I.C.S.W.
Noreen McGirr, L.I.C.S.W.
Sarah Marcotte, L.C.S.W.
Patricia Rogowski, R.N., C.N.S.

Coordenadores de Investigação
Julie Kingsbury, C.C.R.P., Diretora de Coordenação de Investigação
Brenda Martin, B.A.

Assistente de Investigação/Interno Voluntário
Liza Detenber

New York State Psychiatric Institute, New York, N.Y., Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions, New York and White Plains, N.Y., and North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, N.Y. (Joint Study Site)

Investigador
Prudence W. Fisher, Ph.D., Investigador Principal

Coordenadores de Investigação
Julia K. Carmody, B.A., Diretora de Coordenação de Investigação
Zvi R. Shapiro, B.A., Diretor de Coordenação de Investigação

Voluntários
Preeya Desai
Samantha Keller
Jeremy Litfin, M.A.
Sarah L. Pearlstein, B.A.
Cedilla Sacher

New York State Psychiatric Institute

Médicos de Referenciação e Entrevista
Michele Cohen, L.C.S.W.
Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.
Miriam Ehrensaft, Ph.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Schuyler Henderson, M.D., M.P.H.
Sharlene Jackson, Ph.D.
Lindsay Moskowitz, M.D.
Sweene C. Oscar, Ph.D.
Xenia Protopopescu, M.D.
James Rodriguez, Ph.D.
Gregory Tau, M.D.
Melissa Tebbs, L.C.S.W.
Carolina Velez-Grau, L.C.S.W.
Khadijah Booth Watkins, M.D.

Médicos de Referenciação
George Alvarado, M.D.
Alison Baker, M.D.
Elena Baron, Psy.D.
Lincoln Bickford, M.D., Ph.D.
Zachary Blumkin, Psy.D.
Colleen Cullen, L.C.S.W.
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
Matthew Ehrlich, M.D.
Eve Friedl, M.D.
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield, L.C.S.W.
Liora Hoffman, M.D.
Kathleen Jung, M.D.
Karimi Mailutha, M.D., M.P.H.
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira Rynn, M.D.
Jasmine Sawhney, M.D.
Sarajbit Singh, M.D.
Katherine Stratigos, M.D.
Oliver Stroeh, M.D.
Russel Tobe, M.D.
Meghan Tomb, Ph.D.
Michelle Tricamo, M.D.

Coordenadores de Investigação
Angel A. Caraballo, M.D.
Erica M. Chin, Ph.D.
Daniel T. Chrzanowski, M.D.
Tess Dougherty, B.A.
Stephanie Hundt, M.A.
Moira A. Rynn, M.D.
Deborah Stedge, R.N.

Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions

Médicos de Referenciação e Entrevista
Archana Basu, Ph.D.
Shannon M. Bennett, M.D.
Maria De Pena-Nowak, M.D.
Jill Feldman, L.M.S.W.
Dennis Gee, M.D.
Jo R. Hariton, Ph.D.
Lakshmi P. Reddy, M.D.
Margaret Yoon, M.D.

Médicos de Referenciação
Margo Benjamin, M.D.
Vanessa Bobb, M.D.
Elizabeth Bochtler, M.D.
Katie Cave, L.C.S.W.
Maalobeeka Gangopadhyay, M.D.
Jodi Gold, M.D.
Tejal Kaur, M.D.
Aaron Krasner, M.D.
Amy Miranda, L.C.S.W.
Cynthia Pfeffer, M.D.
James Rebeta, Ph.D.
Sharon Skariah, M.D.
Jeremy Stone, Ph.D.
Dirk Winter, M.D.

Coordenadores de Investigação
Alex Eve Keller, B.S., Diretor de Coordenação de Investigação
Nomi Bodner (voluntário)
Barbara L. Flye, Ph.D.
Jamie S. Neiman (voluntário)
Rebecca L. Rendleman, M.D.

North Shore Child and Family Guidance Center

Médicos de Referenciação e Entrevista
Casye Brachfeld-Launer, L.C.S.W.
Susan Klein Cohen, Ph.D.
Amy Gelb, L.C.S.W.-R.
Jodi Glasser, L.C.S.W.
Elizabeth Goulding-Tag, L.C.S.W.
Deborah B. Kassimir, L.C.S.W.
Margo Posillico Messina, L.C.S.W.
Andréa Moullin-Heddle, L.M.S.W.
Lisa Pineda, L.C.S.W.
Elissa Smilowitz, L.C.S.W.

Médicos de Referenciação
Regina Barros-Rivera, L.C.S.W.-R., Diretora Assistente Executiva
Maria Christiansen, B.S.
Amy Davies-Hollander, L.M.S.W.
Eartha Hackett, M.S.Ed., M.Sc., B.Sc.
Bruce Kaufstein, L.C.S.W.-R., Diretor de Serviços Clínicos
Kathy Knaust, L.C.S.W.
John Levinson, L.C.S.W.-R., B.C.D.
Andrew Maleckoff, L.C.S.W., Diretor Executivo/CEO
Sarah Rosen, L.C.S.W.-R., A.C.S.W.
Abigail Rothenberg, L.M.S.W.
Christine Scotten, A.C.S.W.
Michelle Spatano, L.C.S.W.-R.
Diane Straneri, M.S., R.N. ,C.S.
Rosara Torrisi, L.M.S.W.
Rob Vichnis, L.C.S.W.

Coordenadores de Investigação
Toni Kolb-Papetti, L.C.S.W.
Sheena M. Dauro (voluntário)

Estudo-Piloto – Ensaios de Campo do DSM-5, Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore, Maryland

Amostra de Adultos

Community Psychistry Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Main Campus

Investigadores
Bernardette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O., Investigadora Principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Investigadora Principal

Médicos de Referenciação e Entrevista
Bernardette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O.
Shane Grant, L.C.S.W.-C.
Charee Green, L.C.P.C.
Emily Lorensen, L.C.S.W.-C.
Kathleen Malloy, L.C.P.C.
Gary Pilarchik, L.C.S.W.-C.
Holly Slater, L.C.P.C.
Stanislav Spivak, M.D.
Tarcia Spencer Turner, L.C.P.C.
Nicholas Seldes Windt, L.C.S.W.-C.

Coordenadores de Investigação
Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Amostra Pediátrica

Child and Adolescent Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Bayview Medical Center

Investigadores
Joan P. Gerring, M.D., Investigadora Principal
Leslie Miller, M.D., Investigadora Principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Coinvestigadora

Médicos de Referenciação e Entrevista
Shannon Barnett, M.D.
Gwen Condon, L.C.P.C.
Brijan Fellows, L.C.S.W.-C.
Heather Garner, L.C.S.W.-C.
Joan P. Gerring, M.D.
Anna Gonzaga, M.D.
Debra Jenkins, L.C.S.W.-C.
Paige N. Johnston, L.C.P.C.
Brenda Memel, D.N.P., R.N.
Leslie Miller, M.D.
Ryan Moore, L.C.S.W.-C.
Shauna Reinblatt, M.D.
Monique Vardi, L.C.P.C.

Coordenadores de Investigação
Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Ensaios de Campo do DSM-5 em Ambientes de Prática Clínica de Rotina: Colaboradores de Investigação

Archil Abashidze, M.D.
Francis R. Abueg, Ph.D.
Jennifer Louise Accuardi, M.S.
Balkozàr S. Adam, M.D.
Miriam E. Adams, Sc.D., M.S.W., L.I.C.S.W.
Suzanna C. Adams, M.A.
Lawrence Adler, M.D.
Rownak Afroz, M.D.
Khalid I. Afzal, M.D.
Joseph Alimasuya, M.D.
Emily Allen, M.S.
Katherine A. Allen, L.M.F.T., M.A.
William D. Allen, M.S.
Jafar AlMashat, M.D.
Anthony T. Alonzo, D.M.F.T.
Guillermo Alvarez, B.A., M.A.
Angela Amoia-Lutz, L.M.F.T.
Krista A. Anderson, M.A., L.M.F.T.

Lisa R. Anderson, M.Ed., L.C.P.C.
Pamela M. Anderson, L.M.F.T.
Shannon N. Anderson, M.A., L.P.C., N.C.C.
Eric S. Andrews, M.A.
Vicki Arbuckle, M.S., Nursing (N.P.)
Namita K. Arora, M.D.
Darryl Arrington, M.A.
Bearlyn Y. Ash, M.S.
Wylie J. Bagley, Ph.D.
Kumar D. Bahl, M.D.
Deborah C. Bailey, M.A., M.S., Ph.D.
Carolyn Baird, D.N.P., M.B.A., R.N.-B.C., C.A.R.N.-A.P., I.C.C.D.P.D.
Joelle Bangsund, M.S.W.
Maria Baratta, M.S.W., Ph.D.
Stan Barnard, M.S.W.
Deborah Barnes, M.S.
Margaret L. Barnes, Ph.D.
David Barnum, Ph.D.
Raymond M. Baum, M.D.
Edward Wescott Beal, M.D.
Michelle Beaudoin, M.A.
Ernest E. Beckham, Ph.D.
Lori L. Beckwith, M.Ed.
Emmet Bellville, M.A.
Randall E. Bennett, M.A.
Lynn Benson, Ph.D.
Robert Scott Benson, M.D.
Linda Benton, M.S.W.
Ditza D. Berger, Ph.D.
Louise I. Bertman, Ph.D.
Robin Bieber, M.S., L.M.F.T.
Diana M. Bigham, M.A.
David R. Blackburn, Ph.D.
Kelley Blackwell, L.M.F.T.
Lancia Blatchley, B.A., L.M.F.T.
Stacey L. Block, L.M.S.W., A.C.S.W.
Karen J. Bloodworth, M.S., N.C.C., L.P.C.
Lester Bloomenstiel, M.S.
Christine M. Blue, D.O.
Marina Bluvshtein, Ph.D.
Callie Gray Bobbit, M.S.W., L.C.S.W.
Moses L. Boone, Jr., L.M.S.W., B.C.D.
Steffanie Boudreau-Thomas, M.A.-L.P.C.
Jay L. Boulter, M.A.
Aaron Daniel Bourne, M.A.
Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, B.S., M.S.
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Beth K. Boyarsky, M.D.
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., C.A.S., S.A.P.
Sandra L. Branton, Ed.D.
Karen J. Brocco-Kish, M.D.
Kristin Brooks, P.M.H.N.P.
Ann Marie Brown, M.S.W.
Philip Brown, M.S.W.
Kellie Buckner, Ed.S.
Richard Bunt, M.D.
Neil F. Buono, D.Min.
Janice Bureau, M.S.W., L.C.S.W.
Kimlee Butterfield, M.S.W.
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, M.S.W., L.C.S.W.
Alvaro Camacho, M.D., M.P.H.
Sandra Cambra, Ph.D.
Heather Campbell, M.A.
Nancy Campbell, Ph.D., M.S.W.
Karen Ranee Canada, L.M.F.T.
Joseph P. Cannavo, M.D.
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., M.S.
Rebecca J. Carney, M.B.A., M.A., L.M.H.C.
Kelly J. Carroll, M.S.W.
Richard W. Carroll, Ph.D., L.P.C., A.C.S.
Sherry Casper, Ph.D.
Joseph A. Catania, L.I.S.W.S., L.C.D.C. III
Manisha P. Cavendish, Ph.D.
Kenneth M. Certa, M.D.
Shambhavi Chandraiah, M.D.
Calvin Chatlos, M.D.
Daniel C. Chen, M.D.
Darlene Cheryl, M.S.W.
Matthew R. Chirman, M.S.
Carole A. Chisholm, M.S.W.
Shobha A. Chottera, M.D.
Joseph Logue Christenson, M.D.
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Mary Ann Cohen, M.D.
Mitchell J. Cohen, M.D.
Diego L. Coira, M.D.
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, M.S.W., L.C.S.W.
Caron Collins, M.A., L.M.F.T.
Wanda Collins, M.S.N.
Linda Cook Cason, M.A.
Ayanna Cooke-Chern, M.D., Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, D.O.

Ileana Corbelle, M.S.W.
Kimberly Corbett, Ph.D.
Angelina Cordova, M.A.Ed.
Jennifer Carol Cox, L.P.C.
Sheree Cox, M.A., R.N., N.C.C., D.C.C., L.M.H.C.
William Frederick Cox, M.D.
Sally M. Cox, M.S.Ed.
Debbie Herman Crane, M.S.W.
Arthur Ray Crawford, III, Ph.D.
Roula Creighton, M.D.
John R. Crossfield, L.M.H.C.
Sue Cutbirth, R.N., M.S.N., C.S., P.M.H.N.P.
Marco Antonio Cuyar, M.S.
Rebecca Susan Daily, M.D.
Lori S. Danenberg, Ph.D.
Chan Dang-Vu, M.D.
Mary Hynes Danielak, Psy.D.
Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
Douglas Darnall, Ph.D.
Christopher Davidson, M.D.
Doreen Davis, Ph.D., L.C.S.W.
Sandra Davis, Ph.D., L.M.H.C., N.C.C.
Walter Pitts Davis, M.Th.
Christian J. Dean, Ph.D.
Kente Dean, Ph.D.
Elizabeth Dear, M.A.
Shelby DeBause, M.A.
Rebecca B. DeLaney, M.S.S.W., L.C.S.W., B.C.D.
John R. Delatorre, M.A.
Frank DeLaurentis, M.D.
Eric Denner, M.A., M.B.A.
Mary Dennihan, L.M.F.T.
Kenny Dennis, M.A.
Pamela L. Detrick, Ph.D., M.S., F.N.P.-B.C., P.M.H.N.P.-B.C., C.A.P., G.C.A.C.
Robert Detrinis, M.D.
Daniel A. Deutschman, M.D.
Tania Diaz, Psy.D.
Sharon Dobbs, M.S.W., L.C.S.W.
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, M.A.
D'Ann Downey, Ph.D., M.S.W.
Beth Doyle, M.A.
Amy J. Driskill, M.S., L.C.M.F.T.
James Drury, M.D.
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, M.S.N.
Nancy R. G. Dunbar, M.D.
Cathy Duncan, M.A.
Rebecca S. Dunn, M.S.N., A.R.N.P.
Debbie Earnshaw, M.A.
Shawna Eddy-Kissell, M.A.
Momen El Nesr, M.D.
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph.D.
Dorma M. Emfield, L.C.P.C.
Gretchen S. Enright, M.D.
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, M.B.B.S., M.D.
Heather Evans, M.S.Ed., L.P.C.N.C.C.
Cesar A. Fabiani, M.D.
Fahim Fahim, M.D.
Samuel Fam, M.D.
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, M.S.N., A.R.N.P.
Farida Farzana, M.D.
Philip Fast, M.S.
Patricia Feltrup-Exum, M.A.M.F.T.
Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.
Julie Ferry, M.S.W., L.I.C.S.W.
Jane Fink, Ph.D., M.S.S.A.
Kathy Finkle, L.P.C.M.H.
Steven Finlay, Ph.D.
Rik Fire, M.S.W., L.C.S.W.
Ann Flood, Ph.D.
Jeanine Lee Foreman, M.S.
Thyra Fossum, Ph.D.
Karen S. Franklin, L.I.C.S.W.
Sherre K. Franklin, M.A.
Helen R. Frey, M.A., E.D.
Michael L. Freytag, B.S., M.A.
Beth Gagnon, M.S.W.
Patrice L.R. Gallagher, Ph.D.
Angela J. Gallien, M.A.
Robert Gallo, M.S.W.
Mario Galvarino, M.D.
Vladimir I. Gasca, M.D.
Joshua Gates, Ph.D
Anthony Gaudioso, Ph.D.
Michelle S. Gauthier, A.P.R.N., M.S.N., P.M.H.N.P.-B.C.
Rachel E. Gearhart, L.C.S.W.
Stephen D. Gelfond, M.D.
Nancy S. Gerow, M.S.
Michael J. Gerson, Ph.D.
Susan M. A. Geyer, L.M.S.W.
Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
Shubu Ghosh, M.D.
Richard Dorsey, Gillespie, M.Div.

Stuart A. Gitlin, M.S.S.A.
Jeannette E. Given, Ph.D.
Frances Gizzi, L.C.S.W.
Stephen I. Glicksman, Ph.D.
Martha Glisky, Ph.D.
Sonia Godbole, M.D.
Howard M. Goldfischer, Psy.D.
Mary Jane Gonzalez-Huss, Ph.D.
Michael I. Good, M.D.
Dawn Goodman-Martin, M.A.-L.M.H.C.
Robert Gorkin, Ph.D., M.D.
Jeff Gorski, M.S.W.
Linda O. Graf, M.Ed., L.C.P.C.
Ona Graham, Psy.D.
Aubrie M. Graves, L.M.S.W., C.A.S.A.C.
Howard S. Green, M.D.
Karen Torry Green, M.S.W.
Gary Greenberg, Ph.D.
Marjorie Greenhut, M.A.
James L. Greenstone, Ed.D., J.D.
Raymond A. Griffin, Ph.D.
Joseph Grillo, Ph.D.
Janeane M. Grisez, A.A., B.A.
Lawrence S. Gross, M.D.
Robert J. Gross, M.D.
Sally J. Grosscup, Ph.D.
Philip A. Grossi, M.D.
Gabrielle Guedet, Ph.D.
Nicholas Guenzel, B.A., B.S., M.S.N.
Mary G. Hales, M.A.
Tara C. Haley, M.S., L.M.F.T.
John D. Hall, M.D.
Amy Hammer, M.S.W.
Michael S. Hanau, M.D.
Linda K. W. Hansen, M.A., L.P.
Genevieve R. Hansler, M.S.W.
Mary T. Harrington, L.C.S.W.
Lois Hartman, Ph.D.
Steven Lee Hartsock, Ph.D., M.S.W.
Victoria Ann Harwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rossi A. Hassad, Ph.D., M.P.H.
Erin V. Hatcher, M.S.N.
Richard L. Hauger, M.D.
Kimberly M. Haverly, M.A.
Gale Eisner Heater, M.S., M.F.T.
Katlin Hecox, M.A.
Brenda Heideman, M.S.W.
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Therese Heitkamp, M.S.
Melissa B. Held, M.A.
Jessica Hellings, M.D.
Bonnie Helmick-O'Brien, M.A., L.M.F.T.
MaLinda T. Henderson, M.S.N., F.P.M.H.N.P.
Gwenn Herman, M.S.W.
Martha W. Hernandez, M.S.N., A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.
Robin L. Hewitt, M.S.
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, D.O.
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman, Jr., M.D.
Kimberly Huegel, M.S.W., L.C.S.W.
Jason Hughes, L.P.C.-S., N.C.C.
Jennifer C. Hughes, Ph.D., M.S.W., L.I.S.W.-S.
Michelle K. Humke, M.A.
Judith G. Hunt, L.M.F.T.
Tasneem Hussainee, M.D.
Sharlene J. Hutchinson, M.S.N.
Muhammad Ikram, M.D.
Sunday Ilechukwu, M.D., D.Psy. Cli.
Douglas H. Ingram, M.D.
Marilynn Irvine, Ph.D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., P.C.C.-S., L.I.C.D.C.
Mohammed A. Issa, M.D.
John L. Jankord, M.A.
Barbara P. Jannah, L.C.S.W.
C. Stuart Johnson, M.S.
dawn M. Johnson, M.A.
Deanna V. Johnson, M.S., A.P.R.N., B.C.
Eric C. Johnson, M.F.T.
Joy Johnson, Ph.D., L.C.S.W.
Willard Johnson, Ph.D.
Xenia Johnson-Bhembe, M.D.
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson, M.S.W.
Steven M. Joseph, M.D.
Taylere Joseph, M.A.
Jeanette M. Joyner-Craddock, M.S.S.W.
Melissa Kachapis, M.A.
Charles T. Kaelber, M.D.
Aimee C. Kaempf, M.D.
Peter Andrew Kahn, M.D.
Robert P. Kahn-Rose, M.D.
Maher Karam-Hage, M.D.
Todd H. Kasdan, Ph.D.
Karen Kaufman, M.S., L.M.F.T.
Rhesa Kaulia, M.A., M.F.T.
Debbie Lynn Kelly, M.S.N., P.M.H.N.P.-B.C.

Tonya Miles, Psy.D.
Matthew Miller, M.S.
Michael E. Miller, M.D.
Noel Miller, L.M.S.W., M.B.A., M.P.S.
Kalpana Miriyala, M.D.
Sandra Moenssens, M.S.
Erin Mokhtar, M.A.
Robert E. Montgomery, M.Ed.
Susan Moon, M.A.
Theresa K. Moon, M.D.
David B. Moore, B.A., M.Div., M.S.S.W., Ph.D.
Joanne M. Moore, M.S.
Peter I. M. Moran, M.B.B.Ch.
Anna Moriarty, M.P.S., L.P.C., L.M.H.C.
Richard Dean Morris, M.A.
Michael M. Morrison, M.A.
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, M.D.
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, M.D.
Stefan Nawab, M.D.
Allyson Matney Neal, D.N.P.
Steven Nicholas, M.A.
Aurelian N. Niculescu, M.D.
Earl S. Nielsen, Ph.D.
Terry Oleson, Ph.D
Julianne R. Oliver, B.S., M.S., Ph.D.
Robert O. Olsen, M.D.
Amy O'Neill, M.D.
Oscar H. Oo, Psy.D., A.B.P.P.
Laurie Orlando, J.D., M.A.
Jill Osborne, M.S., Ed.S.
Kimberly Overlie, M.S.
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, M.S.W.
Suzette R. Papadakis, M.S.
Amanda C. Parsons, M.A., L.P.C.C.
Lee R. Pate, B.A., M.A.
Eric L. Patterson, L.P.C.
Sherri Paulson, M.Ed., L.S.C.W.
Peter Dennis Pautz, B.A., M.S.W.
Malinda J. Perkins, M.S.W., L.C.S.W.
Eleanor F. Perlman, M.S.W.
Deborah K. Perry, M.S.W.
Amanda Peterman, L.M.F.T.
Shawn Pflugardt, Psy.D.
Robert J. Dean Phillips, M.S.
Laura Pieper, M.S.W., L.C.S.W.
Lori D. Pink, M.S.W., B.C.D.
Michael G. Pipich, M.S., L.M.F.T.
Cynthia G. Pizzulli, M.S.W., Ph.D.
Kathy C. Points, M.A.
Marya E. Pollack, M.D., M.P.H.
Sanford E. Pomerantz, M.D.
Eva Ponder, M.S.W., Psy.D.
Ernest Poortinga, M.D.
David Post, M.D.
Laura L. Post, M.D., Ph.D., J.D.
Patrick W. Powell, Ed.D.
Beth M. Prewett, Psy.D.
Robert Price, D.C.C., M.Ed.
John Pruett, M.D.
Aneita S. Radov, M.A.
Dawn M. Raffa, Ph.D.
Kavitha Raja, M.D.
Ranjit Ram, M.D.
Mohamed Ibrahim Ramadan, M.D., M.S.
Christopher S. Randolph, M.D.
Nancy Rappaport, M.Ed.
John Moir Rauenhorst, M.D.
Laurel Jean Rebenstock, L.M.S.W.
Edwin Renaud, Ph.D.
Heather J. Rhodes, M.A.
Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
Daniel G. Roberts, M.A.
Brenda Rohren, M.A., M.F.S, L.I.M.H.P.,L.A.D.C., M.A.C.
Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Sylvia E. Rosario, M.Ed.
Mindy S. Rosenbloom, M.D.
Harvey A. Rosenstock, M.D.
Thalia Ross, M.S.S.W.
Fernando Rosso, M.D.
Barry H. Roth, M.D.
Thomas S. Rue, M.A., L.M.H.C.
Elizabeth Ruegg, L.C.S.W.
Diane Rullo, Ph.D.
Angie Rumaldo, Ph.D.
Eric Rutberg, M.A., D.H.Ed.
Joseph A. Sabella, L.M.H.C.
Kemal Sagduyu, M.D.
Adam H. Saltz, M.S.W.
Jennifer A. Samardak, L.I.S.W.-S.
George R. Samuels, M.A., M.S.W.
Carmen Sanjurjo, M.A.
John S. Saroyan, Ed.D.
Brigid Kathleen Sboto, M.A., M.F.T.
Lori Cluff Schade, M.S.
Joan E. Schaper, M.S.N.

W. Stephen Kelly, Ph.D.
Selena Kennedy, M.A.
Judith A. Kenney, M.S., L.P.C.
Mark Patrick Kerekes, M.D.
Alyse Kerr, M.S., N.C.C., N.A.D.D.-C.C., L.P.C.
Karen L. Kerschmann, L.C.S.W.
Marcia Kesner, M.S.
Ashan, Khan, Ph.D.
Shaukat Khan, M.D.
Audrey Khatchikian, Ph.D.
Laurie B. Kimmel, M.S.W.
Jason H. King, Ph.D.
Nancy Leigh King, M.S.W., L.C.S.W., L.C.A.S.
Kyle Kinne, M.S.C.
Cassandra M. Klyman, M.D.
David R. Knapp, L.C.S.W.
Margaret Knerr, M.S.
Michael R. Knox, Ph.D.
Carolyn Koblin, M.S.
Valerie Kolbert, M.S., A.R.N.P.-B.C.
Heather Koontz, M.S.W.
Faye Koop, Ph.D., L.C.M.F.T.
Fern M. Kopaldn, M.S.W., L.C.S.W.
Joel Kotin, M.D.
Sharlene K. Kraemer, M.S.E.
Marjorie Vego Krausz, M.A., Ed.D.
Nancy J. Krell, M.S.W.
Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
Dwayne Kruse, M.S., M.F.T.
Ajay S. Kuchibhatla, M.D.
Shubha N. Kumar, M.D.
Helen H. Kyomen, M.D., M.S.
Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.
Alexis Lake, M.S.S.
Ramaswamy Lakshmanan, M.D.
Brigitta Lalone, L.C.S.W.-R.
John W. Lancaster, Ph.D.
Patience R. Land, L.I.C.S.W., M.S.W., M.P.A.
Amber Lange, M.A., Ph.D.
Jeff K. Larsen, M.A.
Nathan E. Lavid, M.D.
Michelle Leader, Ph.D.
Stephen E. Lee, M.D.
Cathryn L. Leff, Ph.D., L.M.F.T.
Rachael Kollar Leombruno, L.M.F.T.
Arlene I. Lev, M.S.W., L.C.S.W.-R.
Gregory K. Lewis, M.A.-L.M.F.T.
Jane Hart Lewis, M.S.
Melissa S. Lewis, M.S.W., L.I.C.S.W.
Norman Gerald Lewis, F.R.A.N.Z.C.P.
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Ryan Michael Ley, M.D.
Tammy R. Lias, M.A.
Russel F. Lim, M.D.
Jana Lincoln, M.D.
Ted Lindberg, L.M.S.W, L.M.F.T, M.S.W.
Peggy Solow Liss, M.S.W.
Andrea Loeb, Psy.D.
William David Lohr, M.D.
Mary L. Ludy, M.A., L.M.H.C., L.M.F.T.
Nathan Lundin, M.A., L.P.C.
Veena Luthra, M.D.
Patti Lyerly, L.C.S.W.
Denise E. Maas, M.A.
Silvia MacAllister, L.M.F.T.
Nicola MacCallum, M.S., M.F.C. Therapy
Colin N. MacKenzie, M.D.
Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
John R. Madsen-Bibeau, M.S., M.Div.
Christopher J. Maglio, Ph.D.
Deepak Mahajan, M.D.
Debra Majewski, M.A.
Harish Kumar Malhotra, M.D.
Pamela Marcus, R.N., M.S.
Mary P. Marshall, Ph.D.
Flora Lynne Martin, M.A., L.P.C., A.D.C.
Robert S. Martin, M.D.
Jennifer L. Martinez, M.S.
Ninfa Martinez-Aguilar, M.A., M.F.T.
Emily Martinsen, M.S.W.
Farhan A. Matin, M.D.
Janus Maybee, P.M.H.N.P.
Karen Mazarin-Stanek, M.A.
Eben L. McClenahan, M.D., M.S.
Jerlyn C. McCleod, M.D.
Susan E. McCue, M.S.W., L.C.S.W.
Kent D. McDonald, M.S.
Daniel McDonnell, M.S.N., P.M.H.-N.P.
Robert McElhose, Ph.D.
Lisa D. McGrath, Ph.D.
Mark McGrosky, M.S.W.
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, M.S.W.
Mona McNelis-Broadley, M.S.W., L.C.S.W.
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
Hindi Mermelstein, M.D., F.A.P.M.
Rachel B. Michaelsen, M.S.W.
Thomas F. Micka, M.D.

Barbara A. Wirebaugh, M.S.W.
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, M.S.W., L.C.S.W.
Susanna Wood, M.S.W., L.C.S.W.
Linda L. Woodall, M.D.
Leoneen Woodard-Faust, M.D.
Sheryl E. Woodhouse, L.M.F.T.
Gregory J. Worthington, Psy.D.
Tanya Wozniack, M.D.
Kimberly Isaac Wright, M.A.
Peter Yamamoto, M.D.
Maria Ruiza Ang Yee, M.D.
Michael B. Zafrani, M.D.
Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, M.D.
John Zibert, Ph.D
Karen Zilberstein, M.S.W.
Cathi Zillmann, C.P.N.P., N.P.P.
Gerald A. Zimmerman, Ph.D
Michelle Zimmerman, M.A., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Judith A. Zink, M.A.

Vanderbilt University REDCap Team

Paul Harris, Ph.D.
Sudha Kashyap, B.E.
Brenda Minor
Jon Scherdin, M.A.
Rob Taylor, M.A.
Janey Wang, M.S

Rae J. Schilling, Ph.D.
Larry Schor, Ph.D.
Donna J. Schwartz, M.S.W., L.I.C.S.W.
Amy J. Schwarzenbart, P.M.H.-C.N.S., B.C., A.P.N.P.
John V. Scialli, M.D.
Chad Scott, Ph.D., L.P.C.C.
Sabine Sell, M.F.T.
Minal Shah, N.S., N.C.C., L.P.C.
Lynn Shell, M.S.N.
Dharmesh Navin Sheth, M.D.
S. Christopher Shim, M.D.
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, M.D., Ph.D.
Michael Siegell, M.D.
Michael G. Simonds, Psy.D.
Gagandeep Singh, M.D.
Melissa Rae Skrzypchak, M.S.S.W., L.C.S.W.
Paula Slater, M.D.
William Bill Slaughter, M.D., M.A.
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed.M.
Diane E. Smith, M.A., L.M.F.T.
James S. Sommer, M.S.
J. Richard Spatafora, M.D.
Judy Splittgerber, M.S.N., C.S., N.P.
Thiruneermalai T. G. Sriram, M.D.
Martha W. St. John, M.D.
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, M.A.
Laura A. Stamboni, M.S.W.
Carol L. R. Stark, M.D.
Stephanie Steinman, M.S.
Claudia M. Stevens, M.S.W.
Jennifer Boyer Stevens, Psy.D.
Dominique Stevens-Young, M.S.W., L.C.S.W.
Kenneth Stewart, Ph.D.
Daniel Storch, M.D.
Suzanne Straebler, A.P.R.N.
Dawn Stremel, M.A., L.M.F.T.
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Stump, M.S., L.M.F.T.
Thomas G. Suk, M.A.
Elizabeth Sunzeri, M.S.
Linnea Swanson, M.A., Psy.D.
Patricia Swanson, M.A.
Fereidoon Taghizadeh, M.D.
Bonnie L. Tardif, L.M.H.C., N.C.C., B.C.P.C.C.
Joan Tavares, M.S.W.
Ann Taylor, M.S.W.
Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
Chanel V. Tazza, L.M.H.C.
Martha H. Teater, M.A.
Clark D. Terrell, M.D.
Mark R. Thelen, Psy.D.
Norman E. Thibault, M.S., Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.
Paula Thompson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, M.A.
Susan Thorne-Devin, A.M.
Jean Eva Thumm, M.A.P.C., M.A.T., L.M.F.T., B.C.C
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
Saraswathi Tirumalasetty, M.D.
Jacqueline A. Torrance, M.S.
Terrence Trobaugh, M.S.
Louisa V. Troemel, Psy.D., L.M.F.T.
Susan Ullman, M.S.W.
Jennifer M. Underwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rodney Ddale Veldhuizen, M.A.
Michelle Voegels, B.S.N., M.S.N., B.C.
Wess Vogt, M.D.
R. Christopher Votolato, Psy.D.
John W. Waid, Ph.D.
Christa A. Wallis, M.A.
Dominique Walmsley, M.A.
Bhupinder Singh Waraich, M.D.
Joseph Ward, N.C.C., L.P.C. M.Ed.
Robert Ward, M.S.W.
Marilee L.M. Wasell, Ph.D.
Gannon J. Watts, L.P.C.-S-, L.A.C., N.C.C., N.C.S.C, A.A.D.C., I.C.A.A.D.C.
Sheila R. Webster, M.A., M.S.S.A.
Burton Weiss, M.D.
Dennis V. Weiss, M.D.
Jonathan S. Weiss, M.D.
Richard Wendel, Ph.D.
Paul L. West, Ed.D.
Kris Sandra Wheatley, M.A., L.P.C., N.C.C.
Leneigh White, M.A.
Danny R. Whitehead, L.I.C.S.W.
Jean Whitinger, M.A.
Peter D. Wilk, M.D.
Vanessa Wilkinson, L.P.C.
Tim F. Willia, M.S., M.A.Ed., L.P.C.
Cathy E. Willis, M.A., L.M.F.T., C.A.D.C.
Jeffery John Wilson, M.D.
Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Wines, M.S.W.

sedativos, hipnóticos e ansiolíticos 669
tabaco 689
Abstinência de tabaco 689-691
características associadas que suportam o diagnóstico 690
características de diagnóstico 690
consequências funcionais 691
critérios de diagnóstico 689-690
desenvolvimento e curso 690
diagnóstico diferencial 691
fatores de risco e de prognóstico 690-691
marcadores de diagnóstico 691
prevalência 690
Abuso e negligência, 25, 859
maus-tratos infantis e problemas de negligência infantis 860-862
problemas de maus-tratos ou negligência em adultos, 862-865
Abuso físico
infantil 860
não cônjuge ou não parceiro 865
Abuso psicológico
infantil 861-862
entre adultos por não cônjuge ou não parceiro 864
abuso conjugal ou entre parceiros 864
Abuso sexual
infantil 860
entre adultos por não cônjuge ou não parceiro 865
Acatisia tardia 853
Acatisia induzida por medicamento 852
Aguda 852
Tardia 852
Acesso a cuidados médicos e outros cuidados de saúde, problemas com 869-871
Adição. *Ver* perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas
Agorafobia 258
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 261
características associadas que suportam o diagnóstico 260
características de diagnóstico 258-259
comorbilidadess 263
consequências funcionais 261
critérios de diagnóstico 258
desenvolvimento e curso 260
diagnóstico diferencial 262-263
fatores de risco e de prognóstico 261
prevalência 260-261
Alteração da personalidade devida a outra condição médica 815-817
características associadas que suportam o diagnóstico 816-817
critérios de diagnóstico 815-816
características de diagnóstico 816
diagnóstico diferencial 817
subtipos 816
Alucinações
auditivas 104, 123, 127, 144, 676, 740, 960
gustativas 972
hipnagógicas 449, 450, 453, 972
hipnopômpicas 449, 637, 972
olfativas 143, 972
tácteis 303, 676, 972
visuais 121, 122, 137, 356, 601, 6309, 671, 724, 726, 736, 739, 745,972
Amnésia dissociativa 357-362
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 360
características associadas que suportam o diagnóstico 359
características de diagnóstico 358-359
características de diagnóstico relacionados com a cultura
comorbilidades 362
consequências funcionais 360
critérios de diagnóstico 357-358
desenvolvimento e curso 359
diagnóstico diferencial 360-362
fatores de risco e de prognóstico 359-360
prevalência 359
risco de suicídio 360
Anorexia nervosa
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 410
atípica
características associadas que suportam o diagnóstico 408
características de diagnóstico 406-408
comorbilidadess 412
consequências funcionais da
critérios de diagnóstico 405-406
desenvolvimento e curso 409
diagnóstico diferencial 411-412
fatores de risco e de prognóstico 409
marcadores de diagnóstico 410-411
prevalência 409
risco de suicídio 411

Índice Remissivo

A

Abstinência de álcool 599-602
- características associadas que suportam o diagnóstico 601
- características de diagnóstico 600
- comorbilidades 602
- consequências funcionais 601
- critérios de diagnóstico 599-600
- desenvolvimento e curso 601
- diagnóstico diferencial 602
- especificadores 600
- fatores de risco e de prognóstico 601
- marcadores de diagnóstico 601
- prevalência 601

Abstinência de cafeína 607-610
- aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 609
- características associadas que suportam o diagnóstico 608
- características de diagnóstico 607-608
- comorbilidades 610
- consequências funcionais 609-610
- critérios de diagnóstico 607
- desenvolvimento e curso 609
- diagnóstico diferencial da 610
- fatores de risco e de prognóstico 609
- prevalência 608

Abstinência de *Cannabis*
- características de diagnóstico 622
- consequências funcionais 621
- critérios de diagnóstico 621
- desenvolvimento e curso 622
- diagnóstico diferencial 623
- fatores de risco e de prognóstico 623

Abstinência de estimulantes 682-684
- características associadas que suportam o diagnóstico 683
- critérios de diagnóstico 682-683
- diagnóstico diferencial 684

Abstinência de outras substâncias (ou desconhecidas) 698-700
- aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 699
- características de diagnóstico 699
- comorbilidades 700
- consequências funcionais 699-670
- critérios de diagnóstico 698-699
- desenvolvimento e curso 699
- diagnóstico diferencial 700
- prevalência 699

Abstinência de opioides 657-659
- características associadas que suportam o diagnóstico de 658-659
- características de diagnóstico 658
- critérios de diagnóstico 657
- desenvolvimento e curso 659
- diagnóstico diferencial 659
- prevalência 659

Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 669-672
- características associadas que suportam o diagnóstico 670-671
- características de diagnóstico 670
- critérios de diagnóstico 669-670
- diagnóstico diferencial da671-672
- marcadores de diagnóstico 671
- prevalência 671

Abstinência de substâncias
- álcool 599
- cafeína 607
- *Cannabis* 621
- *delirium* devido a
- estimulantes 682
- múltiplas substâncias
- opioides 657
- outras substâncias (ou desconhecidas) 698

perturbação paranoide da personalidade 778
perturbação esquizoide da personalidade 782
perturbação esquizotípica da personalidade 786
nas perturbações depressivas
perturbação depressiva major 197
perturbação disfórica pré-menstrual 205
nas perturbação de sintomas somáticos 374
nas perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas
perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais) 383
perturbação da ansiedade de doença 379
fatores psicológicos que afetam outras condições médicas 386
nas perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento
perturbação do comportamento 569
perturbação explosiva intermitente 561
perturbação desafiante de oposição 557
nas perturbações dissociativas
perturbação de resrealização/ /despersonalização 365
amnésia dissociativa 360
perturbação dissociativa da identidade 354
nas perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas
perturbação psicótica breve 113
perturbação delirante 108
perturbação esquizoafectiva 128
esquizofrenia 122
nas perturbações do neurodesenvolvimento
deficiência intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) 45
perturbação da aprendizagem específica 86
perturbação de hiperatividade/défice de atenção 71
perturbação de movimentos estereotipados 94
perturbação do desenvolvimento da coordenação 90
perturbação do espectro do autismo 66
perturbações de tiques 99
nas perturbações do sono-vigília
apneia-hipopneia obstrutiva do sono 457
perturbações do ritmo circadiano sono-vigília, tipo avanço de fase 472
narcolepsia 451
pesadelos 486
perturbação do sono induzida por substância/medicamento 501
nas perturbações neurocognitivas 728
devidas a doença de Alzheimer 733
nas perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas
intoxicação pelo álcool 598
perturbação de uso de álcool 593
abstinência de cafeína 609
perturbação de uso de *Cannabis* 517
jogo patológico
perturbação de uso de inalantes 644
perturbação de uso de opioides 653
perturbação de uso de outros alucinogénios 632
perturbação de uso de outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 695
perturbação de uso de fenciclidina 627
perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 665
perturbação de uso de estimulantes 678
perturbação de uso de tabaco 688
nas perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress
perturbação aguda de stress 341
perturbações da ajustamento 344
perturbação stress pós-traumático 332
perturbação reativa de vinculação 319
Ataque de nervios 987
Atraso global do desenvolvimento 47, 48, 55, 57, 58, 81,
Autolesão sem intenção suicida 954-958
desenvolvimento e curso 956
características de diagnóstico 955-956
diagnóstico diferencial 957-958
consequências funcionais 956
critérios propostos 954-955
fatores de risco e de prognóstico 956
Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 878
versão de autoavaliação para adultos 883
versão de avaliação por pais/cuidadores 881
pontuação e interpretação da 879

subtipos 406
Apneia do sono central
características associadas que suportam o diagnóstico de 462
características de diagnóstico 461
comorbilidades 464
consequências funcionais 463
critérios de diagnóstico 460-461
desenvolvimento e curso 462
diagnóstico diferencial 463
especificadores 461
fatores de risco e de prognóstico 462-463
marcadores de diagnóstico 463
prevalência da 462
subtipos de 461
Apneia-hipopneia obstrutiva do sono 454-
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 457
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 457
características associadas que suportam o diagnóstico 455
características de diagnóstico 455
comorbilidades 459-460
consequências funcionais 458
critérios de diagnóstico 454
desenvolvimento e curso 456-457
diagnóstico diferencial 458-459
especificadores 454-455
fatores de risco e de prognóstico 457
marcadores de diagnóstico 457-458
prevalência 455-456
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 460
Aspetos culturais
na disforia de género 549
na enurese 427
na perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas
perturbação dismórfica corporal 291
perturbação de acumulação *(hoarding disorder)* 297
perturbação obsessivo-compulsiva 285
tricotilomania 301
na perturbação bipolar e perturbações relacionadas
perturbação bipolar I 153
perturbação bipolar e perturbação devida a outra condição médica 171
na perturbação de comportamento suicidário 952
na perturbação de fetichismo 839
nas disfunções sexuais
ejaculação retardada 508
disfunção eréctil 513
perturbação do orgasmo feminino 517
perturbação do interesse/excitação sexual na mulher 520
perturbação de dor genitopélvica/ /penetração 526
perturbação de desejo sexual hipoactivo masculino 530
ejaculação prematura (precoce) 533
disfunção sexual induzida por substância/medicamento 539
nas perturbações da alimentação e da ingestão
anorexia nervosa 410
perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva 402
perturbação de ingestão alimentar compulsiva 421
bulimia nervosa 416
pica 395
nas perturbações da ansiedade
perturbação da ansiedade generalizada 266
ataques de pânico 256
perturbação de pânico 251
mutismo seletivo 232
perturbação da ansiedade de separação 228
perturbação da ansiedade social (fobia social) 241
fobia específica 237
nas perturbações da personalidade
perturbação antissocial da personalidade 791
perturbação da personalidade geral 774
perturbação evitante da personalidade
perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade 795
perturbação dependente da personalidade 809
perturbação histriónica da personalidade 799
perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade 814

características associadas que suportam o diagnóstico 717
características de diagnóstico 716-717
com outra especificação 719
consequências funcionais 718
critérios de diagnóstico 712-714
desenvolvimento e curso 717-718
diagnóstico diferencial 718-719
especificadores 716
fatores de risco e de prognóstico 718
induzido por medicamento 716
marcadores de diagnóstico 718
não especificado 719
por abstinência de substâncias 715
prevalência 717
procedimentos de registo 714-715
Delirium da abstinência de substâncias 721
Demência. *Ver também* Perturbações neurocognitivas
Depressão breve recorrente 217
Diagnóstico
abordagem dimensional ao 14
critérios e descritores de diagnóstico 24
critérios para significado clínico 23
de perturbações do movimento induzidas por medicamento 25
definição de perturbação mental 22-23
e outros efeitos que podem ser foco de atenção médica 25
elementos do 24
instrumentos de avaliação e monitorização para o 27
principal 25-26
procedimentos de codificação e informação 26
provisório 26
utilização em questões forenses 29-30
Diferenças de género 18,99, 109, 162, 173, 261, 266, 285, 333, 494, 539, 598, 615, 636, 647, 728
Dimensões da gravidade de sintomas psicóticos avaliadas pelo clínico 887
Discinesia tardia 852
Disforia de género 542-552
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 549
características associadas que suportam o diagnóstico 545
características de diagnóstico da 543-545
com outra especificação 551
comorbilidades 551
consequências funcionais 549-550
critérios de diagnóstico 542-543
desenvolvimento e curso 546-548
diagnóstico diferencial 550-551
em associação com uma perturbação do desenvolvimento sexual
especificadores 544
fatores de risco e de prognóstico 548-549
marcadores de diagnóstico 549
não especificada 552
prevalência 545
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 966
sem uma perturbação do desenvolvimento sexual 546
Disfunção erétil 511-514
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 513
características associadas que suportam o diagnóstico 512
características de diagnóstico 511-512
comorbilidades 514
consequências funcionais 513
critérios de diagnóstico 511
desenvolvimento e curso 512-513
diagnóstico diferencial 513-514
fatores de risco e de prognóstico 513
marcadores de diagnóstico 513
prevalência 512
relação com a ICD-10-CM 514
Disfunção sexual induzida por substância/ /medicamento 534-539
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 539
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 539
características associadas que suportam o diagnóstico 537-538
características de diagnóstico 537
consequências funcionais 539
critérios de diagnóstico 534-536
desenvolvimento e curso 538-539
diagnóstico diferencial 539
prevalência 538
procedimentos de registo 536-537
Disfunções sexuais 507-539
disfunção eréctil 511-514
disfunção sexual induzida por substância/medicamento 534-539
disfunção sexual com outra especificação 539

Avaliações Transversais de Sintomas de Nível 2 do DSM-5 882
AVC 215, 461, 462, 463, 464, 679
perturbações depressivas e 214, 215

B

Bulimia nervosa
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 416-417
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 417
características associadas que suportam o diagnóstico 415
características de diagnóstico 413-415
comorbilidades 418
consequências funcionais 113
critérios de diagnóstico 413
desenvolvimento e curso 416
diagnóstico diferencial 417-418
fatores de risco e de prognóstico 416
marcadores de diagnóstico 417
prevalência 415-416
risco de suicídio 417

C

Catatonia
associada com outra perturbação mental (especificador de catatonia)
características de diagnóstico da 141
critérios de diagnóstico para 141
não especificada 143
Ciúme, obsessivo 314
Classificação Internacional das Doenças (ICD)
processo de revisão para a ICD-11 7
utilização dos códigos da ICD-9-CM e da ICD-10 14,
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 20, 23
Classificação Internacional das Perturbações do Sono, 2.ª Edição
relação do DSM-5 com a 434, 442, 447, 454, 460, 468, 478, 484, 494, 494,509
Cleptomania 573-
características associadas que suportam o diagnóstico de
características de diagnóstico 574
comorbilidades 575
consequências funcionais da
critérios de diagnóstico da573
desenvolvimento e curso 574
diagnóstico diferencial 575
fatores de risco e de prognóstico 574
prevalência 574
Compulsões. *Ver também* Perturbação obsessivo--compulsiva e perturbações relacionadas
Conceitos culturais de mal-estar 905, 987-992
Condições para estudo futuro
autolesão não suicida 954-
episódios depressivos com hipomania de curta duração 935-938
perturbação de comportamento suicidário 952-954
perturbação de jogos na Internet 945-948
perturbação de luto complexo persistente 938-942
perturbação de uso de cafeína 942-946
perturbação neurocomportamental associada com exposição pré-natal ao álcool 948-952
síndrome de psicose atenuada 931-935
Critérios de diagnóstico
formulação do caso e 21, 27
critérios propostos para condições que necessitam de estudo 931, 937
revisões de
subtipos e especificadores 24-25
validadores para 10, 21, 279
Critérios de significado clínico 23

D

Delírios 103-108
bizarros 103, 107
com episódios do humor significativos concomitantes
de ciúme 107, 108·
de controlo 103
de gradiosidade 103, 107, 108
de referência 103
erotomaníacos 103, 107, 108
inserção de pensamento 103
não bizarros 107
niilistas 103
persecutórios 103, 107, 108
roubo do pensamento 103
somáticos 103, 107, 108
tipo misto 107
tipo não especificado 107
Delirium 712-719
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 513

características associadas que suportam o diagnóstico 509
características de diagnóstico 509
comorbilidades 511
consequências funcionais 510
critérios de diagnóstico 508
desenvolvimento e curso 509
diagnóstico diferencial 510-511
fatores de risco e de prognóstico 510
prevalência 509
Encoprese 428-430
características associadas que suportam o diagnóstico 429
características de diagnóstico 429
comorbilidades 430
critérios de diagnóstico 428
desenvolvimento e curso 429
diagnóstico diferencial 430
fatores de risco e de prognóstico 430
marcadores de diagnóstico 430
prevalência 429
subtipos 428
Enurese 425-428
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 427
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 427
características associadas que suportam o diagnóstico 426
características de diagnóstico 426
comorbilidades 428
consequências funcionais 427
critérios de diagnóstico para
desenvolvimento e curso 426
diagnóstico diferencial 427-428
diagnóstico diferencial 428
fatores de risco e de prognóstico 427
prevalência 426
subtipos 425
Entrevista de Formulação Cultural 897
Entrevista de Formulação Cultural (Informador) 901
Episódio maníaco
na perturbação bipolar I 146
na perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica 171
Episódio ou sintomas hipomaníacos nas perturbações bipolares e perturbações relacionadas
perturbação bipolar I 146
perturbação bipolar II 156
Episódios depressivos de hipomania de curta duração 935-938
características associadas que suportam o diagnóstico 937
características de diagnóstico 957
comorbilidades com
consequências funcionais 937-938
critérios propostos 935-
fatores de risco e de prognóstico 937
prevalência 937
risco de suicídio 937-938
Escala AGF (Avaliação Global do Funcionamento) 20
Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (*abreviatura inglesa* WHODAS) 20, 23, 878
orientações adicionais para pontuação e interpretação para utilizadores do DSM-5 891
frequência de uso da 887
instruções de pontuação fornecidas pela OMS 890
Especificador do ataque de pânico 254-257
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 256
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 256
características associadas 255
características 254
comorbilidades 257
consequências funcionais 257
critérios de diagnóstico 253-254
desenvolvimento e curso 255
diagnóstico diferencial 257
fatores de risco e de prognóstico 256
prevalência 255
Espectros de diagnóstico 21
Esquizofrenia 117-124
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 122
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 122
características associadas que suportam o diagnóstico 119
características de diagnóstico 118-119
com catatonia
comorbilidades 124
consequências funcionais 123

disfunção sexual não especificada 540
ejaculação prematura (precoce) 531-534
ejaculação retardada 508-511
perturbação de dor genitopélvica/penetração 524-528
perturbação do desejo sexual hipoactivo masculino 528-531
perturbação do interesse/ativação sexual feminino 518-524
perturbação do orgasmo feminino 514-518
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 966
Dismorfia muscular 280, 288, 289, 291, 962
Distimia. *Ver* Perturbação depressiva persistente (distimia)
Distonia aguda induzida por medicamentos 851
Distonia tardia 853
Doença de Kreuzfeldt-Jakob. *Ver* Doença dos priões, perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a
DSM-5
aspetos culturais no 16-18
considerações relativas ao desenvolvimento e ao período de vida no 16
utilização em questões forenses do 29-30
diferenças de género no 18-19
glossário de termos técnicos no 971-992
harmonização com a ICD-11 13, 14, 22
principais alterações relativamente ao DSM-IV 959-969
disforia de género 966
disfunções sexuais 966
perturbações bipolares e perturbações relacionadas 960-961
perturbações da alimentação e da ingestão 964-965
perturbações da eliminação 965
perturbações da personalidade 968
perturbações de ansiedade 961-962
perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas 964
perturbações depressivas 961
perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento 966-967
perturbações dissociativas 963-964
perturbações do sono-vigília 965
perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas 960
perturbações do neurodesenvolvimento 959-960
perturbações neurocognitivas 968
perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas 962-963
perturbações parafílicas 969
perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas 967-968
perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress 963
sistema multiaxial e 19, 25, 959
melhoramentos online do iv, 26
estrutura organizacional do 12-16, 20
processo de revisão do 7-11
revisão por especialistas 10-11
ensaios de campo 8-9,
propostas de revisão 8
revisão pública e profissional 9-10
uso do
instrumentos de avaliação e monitorização 27
formulação de casos 29
procedimentos de codificação e comunicação 26-27
definição de perturbação mental 22, 23, 29

E

Educação familiar, problemas relacionados com a 857
Ejaculação
retardada 507, 509-511, 527
prematura (precoce) 507, 514, 531-534, 538
Ejaculação prematura (precoce) 531-534
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 533
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 533-534
características associadas que suportam o diagnóstico 532
características de diagnóstico 532
comorbilidades 534
consequências funcionais 534
critérios de diagnóstico 531-532
desenvolvimento e curso 533
diagnóstico diferencial 534
fatores de risco e de prognóstico 533
marcadores de diagnóstico 534
prevalência 532-533
Ejaculação retardada 508-511
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 510

breve
características associadas que suportam o diagnóstico 437
características de diagnóstico 436-437
com outra especificação
comorbilidades 442
consequências funcionais 440
critérios de diagnóstico 434-436
desenvolvimento e curso 438-439
diagnóstico diferencial 440-441
fatores de risco e de prognóstico 439-440
limitada a sono não reparador
marcadores de diagnóstico 440
não especificada
prevalência 437
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 442
International Classification of Sleep Disorders, 2nd Edition (ICSD-2). *Ver Classificação Internacional das Perturbações do Sono, 2.ª Edição*
Intoxicação
álcool 596-599
cafeína 604-607
Cannabis 619-621
delirium devido a
duração de efeitos e
estimulantes 680-682
fenciclidina 633-635
inalante 645-
opioides 656-657
outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 696-698
outros alucinogénios 635-637
sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 667-669
Intoxicação pela cafeína 604-607
características associadas que suportam o diagnóstico 605
características de diagnóstico 605
comorbilidades 607
consequências funcionais da
critérios de diagnóstico 604-605
desenvolvimento e curso 606
diagnóstico diferencial 607-608
fatores de risco e de prognóstico 605-606
prevalência 606
Intoxicação pelo álcool
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 598
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 598
características associadas que suportam o diagnóstico 597-598
características de diagnóstico 597
comorbilidades 599
consequências funcionais 599
critérios de diagnóstico 596-597
desenvolvimento e curso 599
diagnóstico diferencial 599
fatores de risco e de prognóstico 598
marcadores de diagnóstico 599
prevalência 598
Intoxicação por *Cannabis*
características de diagnóstico 620
consequências funcionais 621
critérios de diagnóstico 619-620
diagnóstico diferencial 621
especificadores 620
prevalência 621
Intoxicação por estimulantes 680-682
características associadas que suportam o diagnóstico 682
características de diagnóstico 681-682
critérios de diagnóstico 680-681
diagnóstico diferencial 682
Intoxicação por fenciclidina 633-635
características de diagnóstico 634
consequências funcionais 634
critérios de diagnóstico 633-634
diagnóstico diferencial 634-635
marcadores de diagnóstico 634
prevalência 634
Intoxicação por inalantes 645-648
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 647
características associadas que suportam o diagnóstico 646
características de diagnóstico 646
consequências funcionais 647
critérios de diagnóstico 645-646
diagnóstico diferencial 647-648
prevalência 647
Intoxicação por opioides 656-657
características de diagnóstico 656-657
critérios de diagnóstico 656
diagnóstico diferencial 657
Intoxicação por outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 696-698
características de diagnóstico 697

critérios de diagnóstico 117-118
desenvolvimento e curso 120-121
diagnóstico diferencial 123-124
fatores de risco e de prognóstico 121-122
prevalência 120
risco de suicídio 122-123
Estupor ou coma dissociativo 350

F

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas 385-388
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 386
características de diagnóstico 385-386
comorbilidades 388
consequências funcionais 387
critérios de diagnóstico 385
desenvolvimento e curso 386
diagnóstico diferencial 387-388
prevalência 386
Fobia específica 233-239
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 237
características associadas que suportam o diagnóstico 235
características de diagnóstico 234-235
comorbilidades 239
consequências funcionais 237-338
critérios de diagnóstico 233-234
desenvolvimento e curso 236-237
diagnóstico diferencial 238-239
especificadores 234
fatores de risco e de prognóstico 237
prevalência 235-236
risco de suicídio 237
Formulação cultural, guia para 895-896
Formulação de casos
cultural (*Ver também* Formulação cultural)

G

Gaguez. *Ver* Perturbação da fiuência com início na infância (gaguez *Delirium* por intoxicação por substâncias 712
Glossário de termos técnicos 971-986

H

Hipocondria. *Ver também* Perturbação da ansiedade de doença
Hipoventilação relacionada com o sono 464-468
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 466
características associadas que suportam o diagnóstico 465
características de diagnóstico 465
comorbilidades com467-468
consequências funcionais 467
critérios de diagnóstico 464-465
desenvolvimento e curso 466
diagnóstico diferencial 467
fatores de risco e de prognóstico 466
marcadores de diagnóstico 467
prevalência 465
relação com a *Classificação Internacional das Doenças do Sono* 468
subtipos 465

I

ICD. *Ver Classificação Internacional das Doenças*
ICF. (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)
ICSD-2. *Ver Classificação Internacional das Perturbações do Sono, 2.ª Edição* (*Ver International Classification of Sleep Disorders, 2nd Edition*)
Incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) 38-47
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 45
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 45
atraso global do desenvolvimento
características associadas que suportam o diagnóstico 43
características de diagnóstico 42-43
comorbilidades 46
critérios de diagnóstico 38
desenvolvimento e curso 44
diagnóstico diferencial 45-46
especificadores para níveis de gravidade 38-41
fatores de risco e de prognóstico 44-45
incapacidade intelectual não especificada 47
marcadores de diagnóstico 45
prevalência 43
relação com outras classificações 46
Insónia 434-442
aspetos de diagnóstico relacionados com o género

Mericismo (perturbação de ruminação) 396-399
características associadas que suportam o diagnóstico 397
características de diagnóstico 397
comorbilidades 399
consequências funcionais 398
critérios de diagnóstico 396-397
desenvolvimento e curso 398
diagnóstico diferencial 398
fatores de risco e de prognóstico 398
prevalência 398
Mutismo seletivo 230-233
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 232
características associadas que suportam o diagnóstico 231
características de diagnóstico 231
comorbilidades 233
consequências funcionais 232
critérios de diagnóstico 230
desenvolvimento e curso 231
diagnóstico diferencial 232-233
fatores de risco e de prognóstico 232
prevalência 231

N

Narcolepsia 447-454
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 451
características associadas que suportam o diagnóstico 449-450
características de diagnóstico 448-449
comorbilidades 453
consequências funcionais 452
critérios de diagnóstico 447-448
desenvolvimento e curso 450-451
diagnóstico diferencial da 452-453
fatores de risco e de prognóstico 451
marcadores de diagnóstico 451-452
prevalência 450
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 454
subtipos 448
Negligência infantil 861
Negligência conjugal ou entre parceiros 863
Nervios 990

O

Obesidade
perturbações da alimentação e da ingestão e 393, 411, 416, 420, 422, 423
perturbações do sono-vigília e 446, 448, 450
apneia-hipopneia obstrutiva do sono 455, 457, 459
hipoventilação relacionada com o sono 465
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Classificação Internacional das Doenças (*abreviatura inglesa:* ICD)
processo de revisão para a ICD-11 13
utilização dos códigos da ICD-9-CM e da ICD-10-CM 14, 33
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (*abreviatura inglesa:* ICF) iv, 23
Outras circunstâncias da história pessoal 869
Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica 857-869
Outras perturbações mentais 845-847
perturbação mental com outra especificação 846
perturbação mental com outra especificação devida a outra condição médica 845
perturbação mental não especificada devida a outra condição médica 846
peturbação mental não especificada 847
Outros problemas relacionados com o grupo de suporte primário 854
Outros problemas relacionados com o ambiente social 867
abuso e negligência 859
problemas de maus-tratos e negligência em adultos 862
maus-tratos infantis e problemas de negligência 860
não adesão ao tratamento médico 870
outras visitas a serviços de saúde para obter aconselhamento médico 868
outros problemas relacionados com o ambiente social 867
problemas económicos e de alojamento 866
problemas educacionais e ocupacionais 866
problemas relacionados com acesso a cuidados médicos ou outro tipo de assistencia à saúde 869
problemas relacionados com criminalidade ou com interação com o sistema judicial 868
problemas relacionados com outras circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais 868
problemas relacionais 857

comorbilidades 698
consequências funcionais 697
critérios de diagnóstico 696
desenvolvimento e curso 697
diagnóstico diferencial 698
prevalência 697
Intoxicação por outros alucinogénios 635-637
critérios de diagnóstico 635-636
características de diagnóstico 636-637
diagnóstico diferencial 636-637
consequências funcionais da prevalência 636
risco de suicídio 636
Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 667-669
características associadas que suportam o diagnóstico 668
critérios de diagnóstico 667-668
características de diagnóstico 668
diagnóstico diferencial 668-669
prevalência 668

J

Jikoshu-kyofu 314, 992
Jogo patológico 701-706
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 705
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 705
características associadas que suportam o diagnóstico 703
características de diagnóstico 703
comorbilidades 706
consequências funcionais 705-706
critérios de diagnóstico 701-702
desenvolvimento e curso 704-705
diagnóstico diferencial 706
especificadores 702-703
fatores de risco e de prognóstico 705
prevalência 703

K

Khyâl cap 276, 988
Koro 293, 315
Kufungisisa 989

L

Lesão cerebral traumática
amnésia dissociativa e 361
perturbação do sono-vigília 474, 476
perturbação da aprendizagem específica 87
LPFS (Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade) 908, 920
Luto, complexo persistente 938-942

M

Maladi moun 989
Medicamentos 849-855
acatisia aguda induzida por medicamento 852
acatísia tardia 853
discinesia tardia 852
distonia aguda induzida por medicamentos 852
distonia tardia 853
outras perturbações do movimento induzidas por medicamentos 853
outros efeitos adversos de medicamentos 855
parkinsonismo induzido por neurolépticos 849
parkinsonismo induzido por outros medicamentos 849
síndrome de descontinuação de antidepressivos 853
síndrome maligna dos neurolépticos 850
tremor postural induzido por medicamentos 853
Medidas de avaliação 877-890
medidas de avaliação transversal de sintomas 878
Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 878
Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5 882
frequência de uso das medidas de avaliação de gravidade 882
dimensões de gravidade de sintomas psicóticos avaliadas pelo clínico 887
frequência de uso 887
Tabela de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS) 890
Medidas de avaliação transversal de sintomas
Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 878-882
Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5 882
frequência de utilização das 882

prevalência 160
risco de suicídio 162
Perturbação bipolar induzida por substância/ /medicamento e perturbações relacionadas 167-171
características associadas que suportam o diagnóstico 170
características de diagnóstico 170
comorbilidades 171
critérios de diagnóstico 167-168
desenvolvimento e curso 171
diagnóstico diferencial 171
marcadores de diagnóstico 171
prevalência 170
procedimentos de registo 169-170
Perturbação catatónica devida a outra condição médica
características associadas que suportam o diagnóstico 143
características de diagnóstico 142
critérios de diagnóstico 142
diagnóstico diferencial da143
Perturbação ciclotímica 164-167
características de diagnóstico 165-166
comorbilidades 167
critérios de diagnóstico 164-165
desenvolvimento e curso 166
diagnóstico diferencial 166-167
fatores de risco e de prognóstico 166
prevalência 166
Perturbação cognitiva devida a doença de Alzheimer, major ou ligeira
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 733
características associadas que suportam o diagnóstico 731-732
características de diagnóstico 731
comorbilidadess 734
consequências funcionais 733
critérios de diagnóstico 730-731
desenvolvimento e curso 732
diagnóstico diferencial 733-734
fatores de risco e de prognóstico 733
marcadores de diagnóstico 733
prevalência 732
Perturbação da ansiedade de doença 376-380
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 379
características associadas que suportam o diagnóstico 378
características de diagnóstico 377-378
com comportamentos exagerados relacionados com a saúde
comorbilidades 380
consequências funcionais 379
critérios de diagnóstico 376-377
desenvolvimento e curso 378
diagnóstico diferencial 379-389
fatores de risco e de prognóstico 378-379
prevalência 378
Perturbação da ansiedade de doença breve 391
Perturbação da ansiedade de separação 225-230
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 228
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 228
características associadas que suportam o diagnóstico 237
características de diagnóstico 226
comorbilidades 230
consequências funcionais 229
critérios de diagnóstico 225-226
desenvolvimento e curso 227-228
diagnóstico diferencial 229-230
fatores de risco e de prognóstico 228
prevalência 227
risco de suicídio 228
Perturbação da ansiedade devida a outra condição médica
características associadas que suportam o diagnóstico 274
características de diagnóstico 273-274
consequências funcionais da
critérios de diagnóstico 273
desenvolvimento e curso 274
diagnóstico diferencial 274-276
marcadores de diagnóstico 274
prevalência 274
Perturbação da ansiedade induzida por substância/medicamento 268-273
características associadas que suportam o diagnóstico 271
características de diagnóstico 271
critérios de diagnóstico 268-269
desenvolvimento e curso da
diagnóstico diferencial 271-
marcadores de diagnóstico 271
prevalência 271
procedimentos de registo 270-271

P

Parassónias
perturbação do ciclo sono-vigília não especificada 505
perturbação do comportamento do sono REM 489-492
perturbação do sono induzida por substância/medicamento 496-503
perturbações da ativação do sono não-REM
perturbações do despertar do sono sem movimentos oculares rápidos (não REM) 478-484
perturbação de pesadelos 484-488
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 492
síndrome das pernas inquietas 492-496
Parkinsonismo
induzido por antipsicóticos 763
induzido por neurolépticos 849
induzido por outros medicamentos 849
Pensamento (discurso) desorganizado 104
Perturbação aguda de stress 335-343
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 341
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 341
características associadas que suportam o diagnóstico 339
características de diagnóstico 337-339
consequências funcionais 341
critérios de diagnóstico 335-336
desenvolvimento e curso 340
diagnóstico diferencial 341-342
fatores de risco e de prognóstico 340
prevalência 340
Perturbação antissocial da personalidade 787-797
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 791
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 791
atípica
características associadas que suportam o diagnóstico 789
características de diagnóstico 788
características e critérios no modelo alternativo de perturbações da personalidade do DSM-5 911
comorbilidadess 797
critérios de diagnóstico 787-788
desenvolvimento e curso 790
diagnóstico diferencial 791-792
específicas 910
fatores de risco e de prognóstico 790
prevalência 790
Perturbação bipolar I
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 154
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 154
características de diagnóstico 150-151
características associadas que suportam o diagnóstico 152-153
comorbilidades 156
consequências funcionais 154
critérios de diagnóstico 146-147
desenvolvimento e curso 153
diagnóstico diferencial 154-156
fatores de risco e de prognóstico 153
prevalência 153
risco de suicídio 154
Perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 173
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 173
características associadas que suportam o diagnóstico 172-173
características de diagnóstico 172
comorbilidades 174
consequências funcionais 173
critérios de diagnóstico 171-172
desenvolvimento e curso 173
diagnóstico diferencial 174
marcadores de diagnóstico 173
Perturbação bipolar II
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 162
características associadas que suportam o diagnóstico 160
características de diagnóstico 159-160
comorbilidades 164
consequências funcionais 163
critérios de diagnóstico 156-159
desenvolvimento e curso 161
diagnóstico diferencial 163-164
fatores de risco e de prognóstico 162

Perturbação de despersonalização/desrealização 362-367
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 365
características associadas que suportam o diagnóstico 364
características de diagnóstico 363
comorbilidades 367
consequências funcionais 365
critérios de diagnóstico 362-363
desenvolvimento e curso 364
diagnóstico diferencial 365-367
fatores de risco e de prognóstico 365
prevalência 364
Perturbação de envolvimento social desinibido 321-323
características de diagnóstico 322
características associadas que suportam o diagnóstico 322
comorbilidades 323
consequências funcionais 323
critérios de diagnóstico 321
desenvolvimento e curso 322-323
diagnóstico diferencial 323
fatores de risco e de prognóstico 323
prevalência 322
risco de suicídio 187
Perturbação de escoriação *(skin-picking)* 303-306
características associadas que suportam o diagnóstico 303-304
características de diagnóstico 303
comorbilidades 306
consequências funcionais 304-305
critérios de diagnóstico 303
desenvolvimento e curso 304
diagnóstico diferencial 305-
fatores de risco e de prognóstico 304
marcadores de diagnóstico 304
prevalência 304
Perturbação de exibicionismo 824-826
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 826
características de diagnóstico 825
comorbilidades 826
consequências funcionais 826
critérios de diagnóstico 824
desenvolvimento e curso 826
diagnóstico diferencial 826-
especificadores 804
fatores de risco e de prognóstico 826
prevalência 825
subtipos 824
Perturbação de fetichismo 838-840
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 839
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 839
características associadas que suportam o diagnóstico 839
características de diagnóstico 838-839
comorbilidades 840
consequências funcionais 839-840
critérios de diagnóstico 838
desenvolvimento e curso 839
diagnóstico diferencial 840
especificadores 838
Perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA)69-76
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 73
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 73
características associadas que suportam o diagnóstico 72
características de diagnóstico 71-72
comorbilidades 76
consequências funcionais 74
critérios de diagnóstico 69-71
desenvolvimento e curso 72
diagnóstico diferencial 74-76
fatores de risco e de prognóstico 73
perturbação de hiperatividade/défice de atenção não especificada 77
perturbação de hiperatividade/défice de atenção com outra especificação 77
prevalência 7
Perturbação de hipersonolência 442-447
características associadas que suportam o diagnóstico 444
características de diagnóstico 443-444
comorbilidades 446
consequências funcionais da 445
critérios de diagnóstico 442-443
desenvolvimento e curso 444-445
diagnóstico diferencial 445-446
fatores de risco e de prognóstico 445
marcadores de diagnóstico 445
prevalência 444

Perturbação da aprendizagem. *Ver* Perturbação específica da aprendizagem
Perturbação da fluência com início na infância (gaguez) 48-54
características associadas que suportam o diagnóstico 53
características de diagnóstico 53
consequências funcionais 54
critérios de diagnóstico 52-53
desenvolvimento e curso 53-54
diagnóstico diferencial 54
fatores de risco e de prognóstico 54
Perturbação da identidade devida a persuasão coerciva intensa e prolongada 367
Perturbação da linguagem 48-50
características associadas que suportam o diagnóstico 49
características de diagnóstico 48-49
comorbilidades 50
critérios de diagnóstico 48
diagnóstico diferencial 50-
Perturbação da personalidade geral 773-776
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 774
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 774-775
características de diagnóstico 773-774
critérios 773
desenvolvimento e curso da 774
diagnóstico diferencial 775-776
Perturbação da personalidade com outra especificação 818
alteração da personalidade devido a outra condição médica 815-817
perturbação da personalidade não especificada 818
Perturbação de acumulação *(hoarding disorder)* 284-299
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 297
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 297
características associadas que suportam o diagnóstico 296
características de diagnóstico 295-296
comorbilidades 299
consequências funcionais 297
critérios de diagnóstico 294-295
desenvolvimento e curso 296-297
diagnóstico diferencial 298-299
especificadores 295
fatores de risco e de prognóstico 297
prevalência 296
Perturbação de ansiedade generalizada 263-268
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura266
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 266-267
características associadas que suportam o diagnóstico 264-265
características de diagnóstico 264
comorbilidades 268
consequências funcionais 267
critérios de diagnóstico 263-264
desenvolvimento e curso 265-266
diagnóstico diferencial 267-268
fatores de risco e de prognóstico 266
prevalência 265
Perturbação de arranque de cabelos *(Hair pulling)*. *Ver* Tricotilomania
Perturbação de comportamento suicidário 952-954
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 954
características de diagnóstico 953
comorbilidades 954
consequências funcionais 954
critérios propostos 952
desenvolvimento e curso 953-954
especificadores 952-953
Perturbação de comportamentos repetitivos centrados no corpo 123, 280, 301, 309, 314
Perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais)
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 383
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 383
características associadas que suportam o diagnóstico 382-383
características de diagnóstico 381-382
comorbilidades 384-385
consequências funcionais 383
critérios de diagnóstico 381
desenvolvimento e curso 383
diagnóstico diferencial 384
fatores de risco e de prognóstico 383
prevalência 383

desenvolvimento e curso 211
diagnóstico diferencial 212-213
fatores de risco e de prognóstico 211-212
marcadores de diagnóstico 212
prevalência 211
procedimentos de registo 209-210
risco de suicídio 212
Perturbação depressiva major 190-199
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 197
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 197-198
características associadas que suportam o diagnóstico 195
características de diagnóstico 192-195
comorbilidades 199
consequências funcionais 198
critérios de diagnóstico 190-192
desenvolvimento e curso 195-196
diagnóstico diferencial 198-199
fatores de risco e de prognóstico 197
prevalência 195
risco de suicídio 198
Perturbação de desregulação do humor disruptivo 184-190
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 187
características de diagnóstico 185-186
comorbilidades 189-190
consequências funcionais 187
critérios de diagnóstico 184-185
desenvolvimento e curso 186
diagnóstico diferencial 187-189
fatores de risco e de prognóstico 186-187
prevalência 186
Perturbação de dor genitopélvica/penetração 523-528
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 527-528
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 527
características associadas que suportam o diagnóstico de525
características de diagnóstico 524-525
comorbilidades 528
consequências funcionais 527
critérios de diagnóstico 523-524
desenvolvimento e curso da
diagnóstico diferencial 527
fatores de risco e de prognóstico 526
prevalência 526
Perturbação de frotteurismo 827-830
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 829
características de diagnóstico 828
comorbilidades 830
critérios de diagnóstico 827
desenvolvimento e curso 829
diagnóstico diferencial 829-830
especificadores 827
fatores de risco e de prognóstico 829
prevalência 828-829
Perturbação de Gilles de la Tourette 37, 54, 61, 81, 96-100, 288, 305, 960. *Ver também* Perturbações de tiques
Perturbação de jogos de internet 945-948
características associadas que suportam | o diagnóstico 947
características de diagnóstico 946-947
comorbilidades 948
consequências funcionais 948
diagnóstico diferencial 948
fatores de risco e de prognóstico 948
prevalência 948
subtipos 946
Perturbação de luto complicado persistente 938-942
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 941
características associadas que suportam o diagnóstico 940
características de diagnóstico 939-940
comorbilidades 942
consequências funcionais 941
critérios propostos 938-939
desenvolvimento e curso 940-941
diagnóstico diferencial 941-942
fatores de risco e de prognóstico 941
prevalência 940
risco de suicídio 941
Perturbação de pânico 246-253
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 250
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 251
características associadas que suportam o diagnóstico 248
características de diagnóstico 247
comorbilidades 253
consequências funcionais da 251

relação com a *Classificação Internacional das Doenças do Sono* 447
Perturbação de ingestão alimentar compulsiva 419-423
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 421-422
características associadas que suportam o diagnóstico 420-421
características de diagnóstico 419-420
comorbilidades 423
consequências funcionais 422
critérios de diagnóstico 419-420
desenvolvimento e curso 421
diagnóstico diferencial 422-423
fatores de risco e de prognóstico 421
prevalência 421
Perturbação de ingestão alimentar evitante/ /restritiva 399-405
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 402
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 402
características associadas que suportam o diagnóstico 400-401
características de diagnóstico 399-400
comorbilidadess 405
consequências funcionais 402
critérios de diagnóstico 399
desenvolvimento e curso 401
diagnóstico diferencial 402-405
fatores de risco e de prognóstico 401-402
Perturbação delirante 107-110
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 109
características associadas que suportam o diagnóstico 109
características de diagnóstico 109
consequências funcionais 110
critérios de diagnóstico 107-107
desenvolvimento e curso 109
diagnóstico diferencial 110
prevalência 109
subtipos 108
Perturbação de masochismo sexual 830-832
características associadas que suportam o diagnóstico 831
características de diagnóstico 830-831
comorbilidades 832
consequências funcionais 831
critérios de diagnóstico 830
desenvolvimento e curso 831
diagnóstico diferencial 831-832
prevalência 831
Perturbação de movimentos estereotipados 92-96
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 94
características de diagnóstico 93
comorbilidades 96
critérios de diagnóstico 92
desenvolvimento e curso 94
diagnóstico diferencial 95-96
especificadores 92
fatores de risco e de prognóstico 94
prevalência 93
procedimentos de registo 92
marcadores de diagnóstico 402
Perturbação dependente da personalidade 807-810
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 809
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 810
características associadas que suportam o diagnóstico 809
características de diagnóstico 807-809
critérios de diagnóstico 807
desenvolvimento e curso 809
diagnóstico diferencial 810
prevalência 809
Perturbação depressiva devida a outra condição médica 214-217
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 215
características associadas que suportam o diagnóstico 215
características de diagnóstico 214
comorbilidades 217
consequências funcionais 216
critérios de diagnóstico 214
desenvolvimento e curso 215
diagnóstico diferencial 216-217
fatores de risco e de prognóstico 215
marcadores de diagnóstico 216
risco de suicídio 216
Perturbação depressiva induzida por substância/ /medicamento 207-213
características de diagnóstico 210-211
comorbilidades 213
critérios de diagnóstico 207-209

desenvolvimento e curso 211
diagnóstico diferencial 212-213
fatores de risco e de prognóstico 211-212
marcadores de diagnóstico 212
prevalência 211
procedimentos de registo 209-210
risco de suicídio 212
Perturbação depressiva major 190-199
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 197
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 197-198
características associadas que suportam o diagnóstico 195
características de diagnóstico 192-195
comorbilidades 199
consequências funcionais 198
critérios de diagnóstico 190-192
desenvolvimento e curso 195-196
diagnóstico diferencial 198-199
fatores de risco e de prognóstico 197
prevalência 195
risco de suicídio 198
Perturbação de desregulação do humor disruptivo 184-190
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 187
características de diagnóstico 185-186
comorbilidades 189-190
consequências funcionais 187
critérios de diagnóstico 184-185
desenvolvimento e curso 186
diagnóstico diferencial 187-189
fatores de risco e de prognóstico 186-187
prevalência 186
Perturbação de dor genitopélvica/penetração 523-528
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 527-528
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 527
características associadas que suportam o diagnóstico de525
características de diagnóstico 524-525
comorbilidades 528
consequências funcionais 527
critérios de diagnóstico 523-524
desenvolvimento e curso da
diagnóstico diferencial 527
fatores de risco e de prognóstico 526
prevalência 526
Perturbação de frotteurismo 827-830
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 829
características de diagnóstico 828
comorbilidades 830
critérios de diagnóstico 827
desenvolvimento e curso 829
diagnóstico diferencial 829-830
especificadores 827
fatores de risco e de prognóstico 829
prevalência 828-829
Perturbação de Gilles de la Tourette 37, 54, 61, 81, 96-100, 288, 305, 960. *Ver também* Perturbações de tiques
Perturbação de jogos de internet 945-948
características associadas que suportam | o diagnóstico 947
características de diagnóstico 946-947
comorbilidades 948
consequências funcionais 948
diagnóstico diferencial 948
fatores de risco e de prognóstico 948
prevalência 948
subtipos 946
Perturbação de luto complicado persistente 938-942
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 941
características associadas que suportam o diagnóstico 940
características de diagnóstico 939-940
comorbilidades 942
consequências funcionais 941
critérios propostos 938-939
desenvolvimento e curso 940-941
diagnóstico diferencial 941-942
fatores de risco e de prognóstico 941
prevalência 940
risco de suicídio 941
Perturbação de pânico 246-253
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 250
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 251
características associadas que suportam o diagnóstico 248
características de diagnóstico 247
comorbilidades 253
consequências funcionais da 251

critérios de diagnóstico 246-247
desenvolvimento e curso 249
diagnóstico diferencial 252
fatores de risco e de prognóstico 250
marcadores de diagnóstico 251
prevalência 249
risco de suicídio 251
Perturbação de pedofilia 834-838
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 837
características associadas que suportam o diagnóstico 836
características de diagnóstico 835
comorbilidades com 837-838
critérios de diagnóstico 834-835
desenvolvimento e curso 836
diagnóstico diferencial 837
fatores de risco e de prognóstico 836-837
marcadores de diagnóstico 837
prevalência 836
Perturbação depressiva persistente (distimia)199-202
características de diagnóstico 201
comorbilidades com
consequências funcionais 202
critérios de diagnóstico 199-200
desenvolvimento e curso 201
diagnóstico diferencial da
fatores de risco e de prognóstico 201-202
prevalência 201
Perturbação de sadismo sexual 832-834
características associadas que suportam o diagnóstico 833
características de diagnóstico 832-833
comorbilidades 834
critérios de diagnóstico 832
desenvolvimento e curso 833-834
diagnóstico diferencial da
prevalência 833
Perturbação desafiante de oposição 554-559
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 557
características associadas que suportam o diagnóstico 556
características de diagnóstico 555-556
comorbilidades 559
consequências funcionais da
critérios de diagnóstico 554-555
desenvolvimento e curso 557
diagnóstico diferencial 558-559
especificadores 555
fatores de risco e de prognóstico 557
prevalência 556
Perturbação de sintoma neurológico funcional. *Ver* Perturbação de conversão
Perturbação de sintoma somático breve 391
Perturbação de stress pós-traumático (PTSD) 324-335
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 332-333
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 333
características associadas que suportam o diagnóstico 330
características de diagnóstico 327-330
comorbilidades 335
consequências funcionais da333
critérios de diagnóstico 324-327
desenvolvimento e curso 330-331
diagnóstico diferencial 333-335
fatores de risco e de prognóstico 331
prevalência 330
risco de suicídio 333
Perturbação de travestismo 840-843
características associadas que suportam o diagnóstico 841-842
características de diagnóstico 841
comorbilidades 843
consequências funcionais 843
critérios de diagnóstico 840-841
desenvolvimento e curso 842
diagnóstico diferencial 843
especificadores 842
prevalência 842
marcadores de diagnóstico 954
Perturbação de uso de álcool 589-596
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 593-594
aspetos de diagnóstico relacionados com o género594
características associadas que suportam o diagnóstico 591
características de diagnóstico 590-591
comorbilidades 596
consequências funcionais 595
critérios de diagnóstico 589
desenvolvimento e curso 592
diagnóstico diferencial 596
especificadores 590
fatores de risco e de prognóstico 593

marcadores de diagnóstico 594-595
prevalência 592
Perturbação de uso de cafeína 943-945
características de diagnóstico 943-944
comorbilidades 945
consequências funcionais 945
critérios de diagnóstico propostos 942-943
desenvolvimento e curso 944
diagnóstico diferencial 945
fatores de risco e de prognóstico 944
prevalência 944
Perturbação de uso de *Cannabis* 611-619
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 617
características associadas que suportam o diagnóstico 614
características de diagnóstico 612
comorbilidades 618-619
consequências funcionais 617-618
critérios de diagnóstico 611
desenvolvimento e curso 615-616
diagnóstico diferencial 618
especificadores 612
fatores de risco e de prognóstico 616-617
marcadores de diagnóstico 617
prevalência 615
Perturbação de uso de estimulantes 673-680
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura
características associadas que suportam o diagnóstico 676-677
características de diagnóstico 675-676
comorbilidades 680
consequências funcionais 679
critérios de diagnóstico 673-675
desenvolvimento e curso 677-678
diagnóstico diferencial 679-680
especificadores 675
fatores de risco e de prognóstico 678
marcadores de diagnóstico 678-679
prevalência 677
Perturbação de uso de fenciclidina 624-627
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 627
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 627
características associadas que suportam o diagnóstico 626
características de diagnóstico 626
consequências funcionais 627
critérios de diagnóstico 624-625
diagnóstico diferencial 627
especificadores 626
fatores de risco e de prognóstico 626-627
marcadores de diagnóstico 627
prevalência 626
Perturbação de uso de inalante 640-645
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 644
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 644
características associadas que suportam o diagnóstico 642
características de diagnóstico 642
comorbilidades 645
consequências funcionais 644
critérios de diagnóstico 640-641
desenvolvimento e curso 643
diagnóstico diferencial 644-645
especificadores 641-642
fatores de risco e de prognóstico 644
marcadores de diagnóstico 644
prevalência 643
Perturbação de uso de opioides 649-656
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 653
características associadas que suportam o diagnóstico 651
características de diagnóstico 651
comorbilidades 655-656
consequências funcionais 654
critérios de diagnóstico 649-650
desenvolvimento e curso da 652
diagnóstico diferencial 655
especificadores 650-651
fatores de risco e de prognóstico 652
marcadores de diagnóstico 653
prevalência 651-652
risco de suicídio 653
Perturbação de uso de outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 692-696
Perturbação de uso de outra substância (ou desconhecida) 692-696
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 695
características associadas que suportam o diagnóstico 694-695
características de diagnóstico 694-
comorbilidades 696
critérios de diagnóstico 692-693

desenvolvimento e curso 695
diagnóstico diferencial 695-696
especificadores 693
fatores de risco e de prognóstico 695
marcadores de diagnóstico 695
prevalência 695
Perturbação de uso de outros alucinogénios 628-633
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 632
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 632
características associadas que suportam o diagnóstico 630
características de diagnóstico 629-630
comorbilidades 633
consequências funcionais 632
critérios de diagnóstico 628-629
desenvolvimento e curso 631
diagnóstico diferencial 632-633
especificadores 629
fatores de risco e de prognóstico 631-632
marcadores de diagnóstico 632
prevalência 630-631
Perturbações de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 660-667
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 665
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 665
características associadas que suportam o diagnóstico 663
características de diagnóstico 662-663
comorbilidades 667
consequências funcionais 666
critérios de diagnóstico 660-662
desenvolvimento e curso 664-665
diagnóstico diferencial 666-667
especificadores 662
fatores de risco e de prognóstico 665
marcadores de diagnóstico 665
prevalência 663-664
Perturbação de uso de tabaco 685-689
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 688
características associadas que suportam o diagnóstico 687
características de diagnóstico 686-687
comorbilidades 689
consequências funcionais 689
critérios de diagnóstico 685-686
desenvolvimento e curso 688
especificadores 686
fatores de risco e de prognóstico 688
marcadores de diagnóstico 689
prevalência 687
Perturbação de voyeurismo 821-824
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 823
características de diagnóstico 821-822
comorbilidades 823-824
critérios de diagnóstico 821
desenvolvimento e curso 823
diagnóstico diferencial 823
especificadores 821
fatores de risco e de prognóstico 823
prevalência 822
Perturbação disfórica pré-menstrual 203-207
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 205
características associadas que suportam o diagnóstico 205
características de diagnóstico 204
comorbilidades 207
consequências funcionais 206
critérios de diagnóstico 203-204
desenvolvimento e curso 205
diagnóstico diferencial 206-207
fatores de risco e de prognóstico 205
marcadores de diagnóstico 205-206
prevalência 205
procedimentos de registo 204
Perturbação dismórfica corporal 288-294
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 291
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 291
características associadas que suportam o diagnóstico 290
características de diagnóstico 289-290
comorbilidades 294
consequências funcionais 292
critérios de diagnóstico 288-289
desenvolvimento e curso 291
diagnóstico diferencial 292-294
fatores de risco e de prognóstico 291
prevalência 290
risco de suicídio 291-292
Perturbação dissociativa da identidade 350-357

aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 354
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 354
características associadas que suportam o diagnóstico de 352-353
características de diagnóstico 351-352
comorbilidades 357
consequências funcionais 354-355
critérios de diagnóstico 351-352
desenvolvimento e curso 353
diagnóstico diferencial 355-357
fatores de risco e de prognóstico 353-354
prevalência 353
risco de suicídio 354
Perturbação do ciclo sono vigília com outra especificação 504
Perturbação do comportamento 563-571
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 589
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 569
características associadas que suportam o diagnóstico 567
características de diagnóstico 566-567
comorbilidades 571
consequências funcionais 569
critérios de diagnóstico 563-565
desenvolvimento e curso 567-568
diagnóstico diferencial 570-571
especificadores 566
fatores de risco e de prognóstico 568-569
prevalência 567
subtipos 565
Perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos 489-492
características de diagnóstico 489
comorbilidades 491-492
consequências funcionais 490-491
critérios de diagnóstico 489
desenvolvimento e curso 490
diagnóstico diferencial da 491
fatores de risco e de prognóstico 490
marcadores de diagnóstico 490
prevalência 490
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 492
Perturbação do desejo sexual hipoativo masculino 528-531
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 530
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 530
características associadas que suportam o diagnóstico 529
características de diagnóstico 528-529
comorbilidades 531
critérios de diagnóstico 528
desenvolvimento e curso 529-530
diagnóstico diferencial 531
fatores de risco e de prognóstico 530
prevalência 529
Perturbação do desenvolvimento da coordenação 88-91
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 90
características associadas que suportam o diagnóstico 89
características de diagnóstico 88-89
comorbilidades 91
consequências funcionais 90
critérios de diagnóstico 88
desenvolvimento e curso 89-90
diagnóstico diferencial 91
fatores de risco e de prognóstico 90
prevalência 89
Perturbação do espectro da externalização 554, 577
Perturbação do espectro do autismo 57-68
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 66
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 66
características associadas que suportam o diagnóstico 63-64
características de diagnóstico 61-63
comorbilidades 68
consequências funcionais 66
critérios de diagnóstico 57-59
desenvolvimento e curso 64
diagnóstico diferencial 67-68
especificadores 59-61
fatores de risco e de prognóstico 65-66
prevalência 64
procedimentos de registo 59
Perturbação do interesse/excitação sexual feminino 518-523
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 522

aspetos de diagnóstico relacionados com o género 522
características associadas que suportam o diagnóstico 520-521
características de diagnóstico 519
comorbilidades 523
consequências funcionais da
critérios de diagnóstico 518-519
desenvolvimento e curso 521
diagnóstico diferencial 522-523
fatores de risco e de prognóstico 522
prevalência 52
Perturbação do orgasmo feminino 514-518
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 517
características associadas que suportam o diagnóstico 516
características de diagnóstico 515-516
comorbilidades 518
consequências funcionais 518
critérios de diagnóstico 515-516
desenvolvimento e curso 516 517
diagnóstico diferencial 518
fatores de risco e de prognóstico 517-518
marcadores de diagnóstico 517
prevalência 516
Perturbação do ritmo circadiano sono-vigília
tipo avanço de fase
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 472
características associadas que suportam o diagnóstico 472
características de diagnóstico 471
comorbilidades 473
consequências funcionais 473
desenvolvimento e curso 472
diagnóstico diferencial 473
especificadores 471
fatores de risco e de prognóstico para472
marcadores de diagnóstico 473
prevalência 472
tipo atraso de fase
características associadas que suportam o diagnóstico 469
características de diagnóstico 469
comorbilidades 471
consequências funcionais 470
critérios de diagnóstico 469
desenvolvimento e curso 470
diagnóstico diferencial 471-472
fatores de risco e de prognóstico 470
marcadores de diagnóstico 470
prevalência 469
tipo sono-vigília irregular
características associadas que suportam o diagnóstico 473-474
características de diagnóstico 473
comorbilidades 474
consequências funcionais 474
desenvolvimento e curso 474
diagnóstico diferencial 474
fatores de risco e de prognóstico 474
marcadores de diagnóstico 474
prevalência 474
tipo sono-vigília diferente de 24 horas
características associadas que suportam o diagnóstico 475
características de diagnóstico 475
comorbilidades 476
consequências funcionais da
desenvolvimento e curso 475
diagnóstico diferencial 476
fatores de risco e de prognóstico 475-476
marcadores de diagnóstico 476
prevalência 475
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 476
tipo mudança de turno
características de diagnóstico 476
comorbilidades 477
consequências funcionais 477
desenvolvimento e curso 477
diagnóstico diferencial 477
fatores de risco e de prognóstico 477
marcadores de diagnóstico para
prevalência 476
Perturbação do som da fala 50-52
características associadas que suportam o diagnóstico 51
características de diagnóstico 51
critérios de diagnóstico 50-51
desenvolvimento e curso 51-52
diagnóstico diferencial 52
Perturbação do sono induzida por substâncias/ /medicamento 496-503
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 501
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 502

características associadas que suportam o diagnóstico 499-501
características de diagnóstico 498-499
comorbilidades 503
consequências funcionais 502
critérios de diagnóstico 496-497
desenvolvimento e curso 501
diagnóstico diferencial 502-503
fatores de risco e de prognóstico 501
marcadores de diagnóstico 502
procedimentos de registo 497
Perturbação esquizoafectiva 124-130
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 128
características associadas que suportam o diagnóstico 127
características de diagnóstico 126
comorbilidades 130
consequências funcionais 128
critérios de diagnóstico 124-126
desenvolvimento e curso 127-128
diagnóstico diferencial 129-130
fatores de risco e de prognóstico 128
prevalência 127
risco de suicídio 128
Perturbação esquizofreniforme 114-116
características associadas que suportam o diagnóstico 115
características de diagnóstico 115
consequências funcionais 116
critérios de diagnóstico 114-115
desenvolvimento e curso 116
diagnóstico diferencial 116
fatores de risco e de prognóstico 116
prevalência 115-116
Perturbação esquizoide da personalidade 780-783
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 782
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 782
características associadas que suportam o diagnóstico 119-120
características de diagnóstico 781-782
critérios de diagnóstico 780
desenvolvimento e curso 782
diagnóstico diferencial 782-783
fatores de risco e de prognóstico 782
prevalência 781-782
Perturbação esquizotípica da personalidade 783-787
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 786
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 786
características associadas que suportam o diagnóstico 785
características de diagnóstico 784-785
características e critérios no modelo alternativo de perturbações da personalidade do DSM-5 907-923
critérios de diagnóstico 783-784
desenvolvimento e curso 785
diagnóstico diferencial 786-787
fatores de risco e de prognóstico 786
prevalência 785
Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade 792-797
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 795-796
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 796
características associadas que suportam o diagnóstico 794-795
características de diagnóstico 793-794
características e critérios no modelo alternativo do DSM-5 para perturbações da personalidade 913
critérios de diagnóstico 792-793
desenvolvimento e curso 795
diagnóstico diferencial 796-
fatores de risco e de prognóstico 795
prevalência 795
Perturbação evitante da personalidade 804-807
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 806
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 806
características associadas que suportam o diagnóstico 805
características de diagnóstico 804-805
critérios de diagnóstico 804
desenvolvimento e curso 805-806
diagnóstico diferencial 806-807
prevalência 805
Perturbação explosiva intermitente 559-563
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 561

aspetos de diagnóstico relacionados com o género 561
características associadas que suportam o diagnóstico 560
características de diagnóstico 560
comorbilidades 563
consequências funcionais 561-562
critérios de diagnóstico 559-
desenvolvimento e curso 561
diagnóstico diferencial 562-563
fatores de risco e de prognóstico 561
prevalência 561
Perturbação factícia 388-390
características associadas que suportam o diagnóstico 389
características de diagnóstico 389
critérios de diagnóstico 388
desenvolvimento e curso 390
diagnóstico diferencial da390
imposta no outro 388
imposta no próprio 388
prevalência 389
procedimentos de codificação 388-389
Perturbação formal do pensamento 104, 356
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 503
Perturbação histriónica da personalidade 797-800
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 799
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 799
características associadas que suportam o diagnóstico 798-799
características de diagnóstico 797-798
critérios de diagnóstico 797
diagnóstico diferencial 799-800
prevalência 799
Perturbação mental com outra especificação devida a outra condição médica 845
Perturbação mental não especificada 847
Perturbação narcísica da personalidade 800-803
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 803
características associadas que suportam o diagnóstico 802
características de diagnóstico 800-802
critérios de diagnóstico 800
desenvolvimento e curso 802
diagnóstico diferencial da 803
prevalência 802
Perturbação neurocognitiva frontotemporal, major ou ligeira 734-737
características associadas que suportam o diagnóstico 736
características de diagnóstico 735-736
consequências funcionais 737
critérios de diagnóstico 734-735
desenvolvimento e curso 736
diagnóstico diferencial 738
fatores de risco e de prognóstico 736
marcadores de diagnóstico 737
prevalência 736
Perturbação neurocognitiva induzida por substância/medicamento 306-310
características associadas que suportam o diagnóstico 309
características de diagnóstico 308-309
critérios de diagnóstico 306-307
diagnóstico diferencial 309-310
prevalência 309
procedimentos de registo 307-308
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy 738-742
características associadas que suportam o diagnóstico 740
características de diagnóstico 739-740
comorbilidades 742
consequências funcionais 740
critérios de diagnóstico 738-739
desenvolvimento e curso 740
diagnóstico diferencial 741-742
fatores de risco e de prognóstico 740
prevalência 740
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Huntington 763-766
características associadas que suportam o diagnóstico 664
características de diagnóstico 764
consequências funcionais 766
critérios de diagnóstico 763-764
desenvolvimento e curso 764-765
diagnóstico diferencial 766
fatores de risco e de prognóstico 765
marcadores de diagnóstico 766
prevalência 764
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Parkinson 761-763
características associadas que suportam o diagnóstico 762

características de diagnóstico 761
comorbilidades 763
critérios de diagnóstico 761
desenvolvimento e curso 762
diagnóstico diferencial 762-763
fatores de risco e de prognóstico 762
marcadores de diagnóstico 762
prevalência 762
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a infeção VIH 755-758
características associadas que suportam o diagnóstico 756
características de diagnóstico 756
comorbilidades 758
critérios de diagnóstico 755-756
desenvolvimento e curso 757
diagnóstico diferencial da 758
fatores de risco e de prognóstico 757-758
marcadores de diagnóstico 758
prevalência 756
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a lesão cerebral 746-750
características associadas que suportam o diagnóstico 747
características de diagnóstico 747
comorbilidades 750
consequências funcionais 749
critérios de diagnóstico 746
desenvolvimento e curso 748
diagnóstico diferencial 749-750
especificadores 747
fatores de risco e de prognóstico 749
marcadores de diagnóstico 749
prevalência 747
Perturbação neurocognitiva vascular major ou ligeira 742-746
características associadas que suportam o diagnóstico 744
características de diagnóstico 743-744
comorbilidades 746
consequências funcionais 745
critérios de diagnóstico 742-743
desenvolvimento e curso 744
diagnóstico diferencial 745-746
fatores de risco e de prognóstico 744-745
marcadores de diagnóstico 745
prevalência 744
Perturbação neurocomportamental associada à exposição pré-natal ao álcool 948-952
características associadas que suportam o diagnóstico 950
características de diagnóstico 950
comorbilidades 952
consequências funcionais 951
critérios propostos 948-950
desenvolvimento e curso 951
diagnóstico diferencial 951
prevalência 951
risco de suicídio 951
Perturbação obsessivo-compulsiva (POC) 281-288
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 285
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 285
características associadas que suportam o diagnóstico 283-284
características de diagnóstico 283
comorbilidades 287-288
consequências funcionais 286
critérios de diagnóstico 281-282
desenvolvimento e curso 284-285
diagnóstico diferencial 286-287
especificadores 282-283
fatores de risco e de prognóstico 285
prevalência 284
Perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade 811-815
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 814
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 814
características associadas que suportam o diagnóstico 813-814
características de diagnóstico 811-812
critérios de diagnóstico 811
diagnóstico diferencial 814-815
prevalência 814
Perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas 279-315
perturbação de acumulação *(hoarding disorder)* 294-299
perturbação de escoriação *(skin-picking disorder)* 303-306
perturbação dismórfica corporal 288-294
perturbação obsessivo-compulsiva 281-288
perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas com outra especificação 314-315

perturbação obsessivo-compulsiva
e perturbações relacionadas devidas
a outra condição médica 311-314
perturbação obsessivo-compulsiva induzida
por substância/medicamento
e perturbações relacionadas 306-310
perturbação obsessivo-compulsiva
e perturbações relacionadas não
especificada 315
principais alterações do DSM-IV para
o DSM-5 962-963
tricotilomania 299-303
Perturbação obsessivo-compulsiva
e perturbações relacionadas devidas a outra
condição médica 311-314
características associadas que suportam
o diagnóstico 312
características de diagnóstico 311-312
critérios de diagnóstico 311
desenvolvimento e curso 313
diagnóstico diferencial 313-314
marcadores de diagnóstico 313
Perturbação obsessivo-compulsiva induzida
por substância/medicamento e perturbações
relacionadas 306-210
características associadas que suportam
o diagnóstico 309
características de diagnóstico 308-309
critérios de diagnóstico 306-308
diagnóstico diferencial 309-310
prevalência 309
Perturbação paranoide da personalidade
776-780
aspetos de diagnóstico relacionados com
a cultura 778
características associadas que suportam
o diagnóstico 777
características de diagnóstico 776-777
critérios de diagnóstico 776
desenvolvimento e curso 778
diagnóstico diferencial 779-780
fatores de risco e de prognóstico 778
prevalência 778
Perturbação persistente da perceção induzida
por alucinogénios 637-638
características associadas que suportam
o diagnóstico 638
características de diagnóstico 637-638
comorbilidades 638
consequências funcionais 638
critérios de diagnóstico 637
desenvolvimento e curso 638
diagnóstico diferencial 638
fatores de risco e de prognóstico 638
prevalência 638
Perturbação psicótica breve
aspetos de diagnóstico relacionados com
a cultura 113
características associadas que suportam
o diagnóstico 112
características de diagnóstico 111-112
consequências funcionais 113
critérios de diagnóstico 111
desenvolvimento e curso 112
diagnóstico diferencial 113-114
fatores de risco e de prognóstico 112
prevalência da112
Perturbação psicótica devida a outra condição
médica 136-140
características associadas que suportam
o diagnóstico 137
características de diagnóstico 137
comorbilidades 140
consequências funcionais 139
critérios de diagnóstico 136
desenvolvimento e curso 138
diagnóstico diferencial 139-140
especificadores 136
fatores de risco e de prognóstico 138
marcadores de diagnóstico 138-139
prevalência 137-138
risco de suicídio 139
procedimentos de registo 307-308
Perturbação psicótica induzida por substância/
/medicamento 130-136
características associadas que suportam
o diagnóstico 133-134
características de diagnóstico 133
consequências funcionais 135
critérios de diagnóstico 130-131
desenvolvimento e curso 134
diagnóstico diferencial 135-136
marcadores de diagnóstico 135
prevalência 134
procedimentos de registo 132-133
Perturbação purgativa (ou purgas) 423,
983
Perturbação reativa de vinculação 317-321
aspetos de diagnóstico relacionados com
a cultura 319

características associadas que suportam o diagnóstico 319
características de diagnóstico 318-319
comorbilidades 321
consequências funcionais 320
critérios de diagnóstico 317-318
desenvolvimento e curso 319
diagnóstico diferencial 320-321
fatores de risco e de prognóstico 319
prevalência 319
Perturbação tipo dismórfica corporal, com falhas reais 314
Perturbação tipo dismórfica corporal, sem comportamentos repetitivos 314
Perturbações bipolares e perturbações relacionadas
especificadores para 176-181
perturbação bipolar e perturbações relacionadas com outra especificação 174-175
perturbação bipolar e perturbações relacionadas devidas a outra condição médica 171-174
perturbação bipolar e perturbações relacionadas não especificadas 175
perturbação bipolar I 146
perturbação bipolar II 156
perturbação bipolar induzida por substância/medicamento e perturbações relacionadas 167-171
perturbação ciclotímica 164
Perturbações cognitivas. *Ver* Perturbações neurocognitivas
Perturbações da alimentação e da ingestão 393-424
anorexia nervosa 405-412
bulimia nervosa 413-418
mericismo (perturbação de ruminação) 396-399
perturbação da alimentação ou do comportamento alimentar não especificada 424
perturbação da alimentação e da ingestão com outra especificação 42-424
perturbação de ingestão alimentar coimpulsiva 419-423
perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva 399-405
pica 394-396
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 964-965
Perturbações da ansiedade
agorafobia 258-263
destaques das alterações entre o DSM-IV o DSM5
especificador de ataque de pânico
fobia específica 233-239
mutismo seletivo 230-233
perturbação da ansiedade com outra especificação 276
perturbação de ansiedade de separação 225-230
perturbação da ansiedade devida a outra condição médica 273-276
perturbação de ansiedade generalizada 263-268
perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento 268-273
perturbação de ansiedade não especificada 277
perturbação de ansiedade social (fobia social) 239-246
perturbação de pânico 246-258
Perturbações da comunicação
perturbação da comunicação não especificada 57
perturbação da comunicação social (pragmática) 55-
perturbação da fluência com início na infância (gaguez) 52-54
perturbação da linguagem 48-50
perturbação do som da fala 50-52
Perturbações da ingestão. *Ver* Perturbações da alimentação e da ingestão
Perturbações da personalidade
Grupo A
perturbação esquizoide da personalidade 780-783
perturbação esquizotípica da personalidade 783-787
perturbação paranoide da personalidade 776-780
Grupo B
perturbação antissocial da personalidade 787-792
perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade 792-797
perturbação histriónica da personalidade 797-800

perturbação narcísica da personalidade 800-804
Grupo C
perturbação dependente da personalidade 807-811
perturbação evitante da personalidade 804-807
perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade 811-815
Perturbações da personalidade específicas 910
perturbação antissocial da personalidade 910
perturbação evitante da personalidade 910
perturbação estado-limite da personalidade 910
perturbação narcísica da personalidade 910
perturbação obsessivo-compulsiva da personidade 910
perturbação esquizotípica da personalidade 910
Perturbações da personalidade, modelo alternativo do DSM-5 907-930
algoritmos de classificação 918
critérios de diagnóstico propostos 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917
critérios gerais para perturbação da personalidade 907-908
Critério A: nível de funcionamento da personalidade 908
Critério B: traços da personalidade patológicos 909
Critérios C e D: invasibilidade e estabilidade 909
Critérios E, F e G: explicações alternativas para a patologia da personalidade 909-910
nível de funcionamento da personalidade 919
avaliação do Modelo de Traços de Personalidade 922
definição dimensional do funcionamento *pessoal e interpessoal* 919
definição e descrição 920
definições de domínios de traços e facetas de perturbação da personalidade
dimensionalidade 921
distinguir traços, sintomas e comportamentos específicos 921-922
escala do nível de funcionamento da personalidade, para pontuação do 920
estrutura hierárquica da personalidade 921
Modelo de Traços da Personalidade 921
traços de personalidade 920
utilidade clínica do modelo multidimensional do funcionamento e de traços de personalidade 923
Perturbações de ajustamento 343-346
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 344
características de diagnóstico 343-344
comorbilidades 346
consequências funcionais 344
critérios de diagnóstico 343
desenvolvimento e curso 344
diagnóstico diferencial 345-346
fatores de risco e de prognóstico 344
prevalência 344
Perturbações de eliminação 425-431
encoprese 428-430
enurese 425-428
perturbação de eliminação com outra especificação 430
perturbação da eliminação não especificada 431
Perturbações depressivas 184-218
especificadores 218
perturbação depressiva com outra especificação 217-218
perturbação depressiva devida a outra condição médica 214-217
perturbação depressiva induzida por substância/medicamento 207-213
perturbação depressiva major 190-199
perturbação depressiva não especificada 218
perturbação depressiva persistente (distimia) 199-203
perturbação disfórica pré-menstrua 203-207
perturbação de desregulação do humor disruptivo 184-190
Perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas 369
fatores psicológicos que afetam outras condições médicas 385-388
perturbação de ansiedade de doença 376--380
perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais) 381-385
perturbação de sintomas somáticos 371-376

perturbação de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas 391
perturbação de sintomas somáticos não especificada e perturbações relacionadas 391
perturbação factícia 388-390
Perturbações de tiques 96-101
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 99
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 99
características de diagnóstico 97-98
comorbilidades 101
consequências funcionais 100
critérios de diagnóstico 96
desenvolvimento e curso 98-99
diagnóstico diferencial 100-101
especificadores 97
fatores de risco e de prognóstico 99
perturbação de tiques com outra especificação 101
perturbação de tiques não especificada 101
prevalência 98
Perturbações de uso de substâncias 579-701
perturbação de uso de estimulantes 673-684
perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 660-673
perturbação de uso de álcool 589-604
perturbação de uso de cafeína 604-611
perturbação de uso de *Cannabis* 611-624
perturbação de uso de fenciclidina 624-640
perturbação de uso de inalantes 640-648
perturbação de uso de opioides 649-660
perturbação de uso de outras substâncias (ou desconhecidas) 692-696
perturbação de uso de outros alucinogénios 628-633
perturbação de uso de tabaco 685-692
Perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento 553-576
cleptomania 573-575
perturbação antissocial da personalidade 571
perturbação desafiante de oposição 554-559
perturbação do comportamento 563-571
perturbação explosiva intermitente 559-563
perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação 575
perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento não especificada 576
piromania 571-573
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5
Perturbações dissociativas 349-368
amnésia dissociativa 357-362
perturbação de despersonalização/ /desrealização 362-367
perturbação dissociativa com outra especificação 367-368
perturbação dissociativa da identidade 350-357
perturbação dissociativa não especificada 368
principais alterações entre o DSM-IV e o DSM-5
Perturbações do sono-vigília 433-468
hipersonolência
com outra especificação 504
não especificada 504
insónia
com outra especificação 503
não especificada 504
narcolepsia 447-454
Perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas 103-144
características-chave 103-104
alucinações 104
comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia) 104
delírios 103
pensamento (discurso) desorganizado 104
sintomas negativos 104
catatonia 140-143
esquizofrenia 117-124
perturbação catatónica devida a outra condição médica 142-143
perturbação delirante 107
perturbações do espectro da esquizofrenia não especificadas e outras perturbações psicóticas 144
perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação e outras perturbações psicóticas 143
perturbação esquizoafectiva 124-130
perturbação esquizofreniforme 114-116
perturbação esquizotípica (da personalidade) 106-110

perturbação psicótica breve 111-114
perturbação psicótica devida a outra condição médica 136-140
perturbação psicótica induzida por substância/medicamento 130-136
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 960
Perturbações do despertar do sono sem movimentos oculares rápidos (não REM) 478-484
aspetos de diagnóstico relacionados com o género481
características associadas que suportam o diagnóstico 479-480
características de diagnóstico 479
comorbilidades 484
consequências funcionais 482
critérios de diagnóstico 478-479
desenvolvimento e curso 481
diagnóstico diferencial 482-484
fatores de risco e de prognóstico 481
marcadores de diagnóstico 481-482
prevalência 480
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 484
Perturbações do neurodesenvolvimento 35-102
especificadores 38, 59, 92, 97,
incapacidades intelectuais 38-47
outras perturbações do neurodesenvolvimento 102
perturbação de hiperactividade/défice de atenção 69-78
perturbação do neurodesenvolvimento com outra especificação 102
perturbação do neurodesenvolvimento não especificada 102
perturbação da aprendizagem específica 78-88
perturbações da comunicação 47-57
perturbações de tiques 96-102
perturbação do espectro do autismo 57-69
perturbações motoras 88-96
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 959-960
Perturbações do ritmo circadiano sono-vigília 468-478
tipo avanço de fase 471-473
tipo atraso de fase 469-471
tipo ciclo sono-vigília irregular 473-474
tipo ciclo sono-vigília não de 24 horas 475-476
tipo trabalho por turnos 476-478
Perturbações dos movimentos, induzidas por medicamento. *Ver* Perturbações dos movimentos induzidas por medicamento e outros efeitos adversos de medicamento
Perturbações do sono relacionadas com a respiração 454-464
apneia central do sono 460
apneia hipopneia obstrutiva do sono 454-460
hipoventilação relacionada com o sono 464-468
Perturbações do sono-vigília
apneia-hipopneia obstrutiva do sono 454-460
hipoventilação relacionada com o sono 464-468
insónia 435-442
insónia com outra especificação 503-504
insónia não especificada 504
narcolepsia 447-454
hipersonolência 442-447
hipersonolência sem outra especificação 504
hipersonolência não especificada 505
perturbação do comportamento do sono REM 489-492
perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília 468-478
perturbações do despertar do sono não REM 478
perturbação do sono induzida por substância/medicamento 496-503
perturbação do sono-vigília não especificada 505
perturbação do sono-vigília com outra especificação 505
pesadelos 484-488
síndrome das pernas inquietas 492-496
Perturbações fóbicas
agorafobia 258-263
perturbação da ansiedade social (fobia social) 239-246
fobia específica 233-239
Perturbações induzidas por substâncias. *Ver também substâncias de abuso específicas*
relacionadas com a cafeína 604
relacionadas com a *Cannabis* 611
relacionadas com alucinogénios 624
relacionadas com inalantes 640
relacionadas com o álcool 589
relacionadas com opioides 649
relacionadas com outras substâncias (ou com substâncias desconhecidas) 692

relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 660
intoxicação e abstinência de substâncias (*Ver também* Intoxicação; Abstinência de substâncias 582-585
achados laboratoriais associados 584
desenvolvimento e curso 584
duração dos efeitos 583-584
procedimentos de registo 584-585
relacionadas com a via de administração e a velocidade dos efeitos da substância 583
uso de múltiplas substâncias 584
Perturbações induzidas por outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 701
Perturbações internalizantes 15, 16
Perturbações mentais induzidas por medicamento/substância 585-588
características 586-587
consequências funcionais 588
desenvolvimento e curso 587-588
procedimentos de registo 588
Perturbações motoras (do neurodesenvolvimento) 88-96
perturbação do desenvolvimento da coordenação 88
perturbação de movimentos estereotipados 92
perturbações de tiques 96
Perturbações não relacionadas com substâncias jogo patológico 702-706
Perturbações neurocognitivas 707-769
delirium 712-719
delirium com outra especificação 719
delirium não especificado 719
domínios neurocognitivos 708-711
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 959
perturbações neurocognitivas major ou ligeira 720-729
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 728
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 728
características associadas que suportam o diagnóstico 726
características de diagnóstico 724-725
comorbilidades 729
consequências funcionais 728-729
critérios de diagnóstico 720-722
desenvolvimento e curso 727
diagnóstico diferencial 729
especificadores 723
fatores de risco e de prognóstico 727
marcadores de diagnóstico 728
prevalência 726
subtipos 723
perturbação neurocognitiva frontotemporal major ou ligeira 734-738
perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy 738-742
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Alzheimer 730-734
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Huntington 763-766
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Parkinson 761-763
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença dos priões 759-760
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a infeção por VIH 755-758
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a lesão cerebral traumática 746-750
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a múltiplas etiologias 768-769
perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a outra condição médica 766-768
perturbação neurocognitiva major ou ligeira induzida por substância/ /medicamento 750-755
perturbação neurocognitiva não especificada 769
perturbação neurocognitiva vascular major ou ligeira 742-746
Perturbações parafílicas 819-844
perturbação de *frotteurismo* 827-830
perturbação de travestismo 840-843
perturbação de exibicionismo 824- 827
perturbação de masochismo sexual 830-832
perturbação de pedofilia 834-838

perturbação de sadismo sexual 832-834
perturbação fetichismo 838-840
perturbação parafílica com outra especificação 843
perturbação parafílica não especificada 844
perturbação voyeurismo 821-824
Perturbações psicóticas. *Ver* Perturbações do espectro da esquizofrenia e outras Perturbações psicóticas
Perturbações relacionadas com álcool 589-604
abstinência de álcool 598
intoxicação pelo álcool 596
outras perturbações induzidas pelo álcool 602
desenvolvimento e curso 603-604
características 602
perturbação de uso de álcool 589
perturbação relacionada com o álcool não especificada 604
Perturbações relacionadas com alucinogénios
intoxicação por fenciclidina 633-635
intoxicação por outros alucinogénios 635-637
outras perturbações induzidas por alucinogénios 639
outras perturbações induzidas por fenciclidina 639
perturbação de uso de fenciclidina 624-627
perturbação de uso de outros alucinogénios 628-633
perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios 637-638
perturbação relacionada com alucinogénios não especificada 640
perturbação relacionada com fenciclidina não especificada 639
Perturbações relacionadas com cafeína
abstinência de cafeína 607-610
intoxicação por cafeína 604-607
outras perturbações induzidas por cafeína 610
perturbação relacionada com cafeína não especificada 610
Perturbações relacionadas com *Cannabis*
abstinência de *Cannabis* 621-624
intoxicação por *Cannabis 619-621*
outras perturbações induzidas por *Cannabis* 623
perturbação de uso uso de *Cannabis* 611-619
perturbação relacionada com *Cannabis* não especificada 624
Perturbações relacionadas com estimulantes 673-684
abstinência de estimulantes 682-684
intoxicação por estimulantes 680-682
outras perturbações induzidas por outros estimulantes 684
perturbação de uso de estimulantes 673-680
perturbação relacionada com estimulantes não especificada 684
Perturbações relacionadas com fenciclidina
intoxicação por fenciclidina 633-635
outras perturbações induzidas por fenciclidina 839
perturbação por uso de fenciclidina 624-627
perturbação relacionada com fenciclidina não especificada 639
Perturbações relacionadas com inalantes
intoxicação por inalantes 645
outras perturbações induzidas por inalantes 648
perturbação de uso de inalantes 640
perturbação relacionada com inalantes não especificada 648
Perturbações relacionadas com opioides
abstinência 657-659
intoxicação 656
outras perturbações induzidas por opioides 659
perturbação de uso 649-659
perturbação relacionada com opioides não especificada 660
Perturbações relacionadas com outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 692-701
abstinência de outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) 698-701
Perturbações relacionadas com outras substância (ou substância desconhecidas), não especificada 701
Perturbações relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
diagnósticos associados com
abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansioliticos 669-672
intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 667-669
outras perturbações induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansioliticos 672-673

perturbação por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
perturbação relacionada com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não especificada 673
Perturbações relacionadas com substâncias
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 967-968
Perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas 577. (*Ver também substâncias de abuso específicas*) 579-701
perturbações induzidas por substâncias 582-589
perturbações de uso de substâncias 579-582
perturbações relacionadas com a cafeína 604-610
perturbações relacionadas com a *Cannabis* 611-624
perturbações relacionadas com alucinogénios 624-640
perturbações relacionadas com estimulantes 673-685
perturbações relacionadas com inalantes 640-649
perturbações relacionadas com o álcool 589-604
perturbações relacionadas com opioides 649-660
perturbações relacionadas com outras substâncias (ou desconhecidas) 692-701
perturbações relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos 660-673
perturbações relacionadas com tabaco 685-692
Perturbações relacionadas com tabaco
abstinência de tabaco 689-691
diagnósticos associados 685, 689
outras perturbações induzidas por tabaco 691
perturbação de uso de tabaco 685-689
perturbação relacionada com tabaco não especificada 691
Perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress
perturbação aguda de stress 335-343
perturbação de envolvimento social desinibido 321-324
perturbação de stress pós-traumático 324-334
perturbação reativa de vinculação 317-321
perturbações da ajustamento 343-346
perturbação relacionada com trauma e fatores de stress, com outra especificação 346
perturbação relacionada com trauma e fatores de stress, não espeficicada 347
principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 963
Pesadelos
características associadas que suportam o diagnóstico de
comorbilidades com
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura na
desenvolvimento e curso dos
critérios de diagnóstico para
características de diagnóstico dos
marcadores de diagnóstico para
diagnóstico diferencial 851-853
consequências funcionais dos
aspetos de diagnóstico relacionados com o género
prevalência dos
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono*
fatores de risco e de prognóstico para
PHDA. *Ver* Perturbação de hiperatividade/ /défice de atenção
Pica 394-396
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 395
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 395
características associadas que suportam o diagnóstico 394-395
características de diagnóstico 394
comorbilidades 396
consequências funcionais 395
critérios de diagnóstico 394
desenvolvimento e curso 395
diagnóstico diferencial 396
fatores de risco e de prognóstico 395
marcadores de diagnóstico 395
prevalência 395
Piromania 571-573
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 573
características associadas que suportam o diagnóstico 572
características de diagnóstico 572
comorbilidades 573

critérios de diagnóstico 571
desenvolvimento e curso 572-573
diagnóstico diferencial 573
prevalência 572
Principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 959-969
Problemas com maus-tratos e negligência infantil
negligência infantil 861
abuso físico infantil 860
abuso psicológico infantil 861
abuso sexual infantil 860
Problemas económicos 866
Problemas educacionais 865
Problemas relacionados com acesso a cuidados médicos ou outro tipo de assistência à saúde 869
Problemas relacionados com a educação familiar 857
Problemas relacionados com criminalidade ou com interação com o sistema de judicial 868
Problemas relacionados com outras circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais 968
Pseudociese 391, 984
Principais alterações do DSM-IV para o DSM-5 961
Problemas com maus-tratos ou negligência em adultos 862
abuso entre adultos por não cônjuge ou não parceiro 864
abuso psicológico conjugal ou entre parceiros 864
negligência conjugal ou entre parceiros 863
violência física conjugal ou entre parceiros 862
violência sexual conjugal ou entre parceiros 863
Problemas com outras circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais 868
Problemas ocupacionais 866
Problemas relacionais 857
outros problemas relacionados com o grupo de suporte primário 858
problemas relacionados com a educação familiar 857
Procedimentos de codificação e comunicação 26
PTSD. *Ver* Perturbação destress pós-traumático

R

Reações dissociativas agudas a eventos stressantes 368
Respiração de Cheyne-Stokes. *Ver também* Apneia central do sono
Risco de suicídio
amnésia dissociativa e 360
anorexia nervosa e 411
ataques de pânico e
bulimia nervosa e 417
episódios depressivos com hipomania de curta duração e 937
esquizofrenia e 122
fobia específica e 237
intoxicação por outros alucinogénios e
perturbação bipolar I e 154
perturbação bipolar II e162
perturbação da ansiedade de separação e 228
perturbação de desregulação do humor disruptivo e 187
perturbação de luto complicado e persistente e 941
perturbação de pânico e 251
perturbação de stress pós-traumático e 333
perturbação de uso de opioides e 653
perturbação depressiva com outra especificação 216
perturbação depressiva devida a outra condição médica e
perturbação depressiva induzida por substância/medicamento e 212
perturbação depressiva major e
perturbação depressiva persistente (distimia) e 198
perturbação dismórfica corporal e 291
perturbação dissociativa da identidade e 354
perturbação esquizoafectiva e 128
perturbação neurocomportamental associada à exposição pré-natal ao álcool e 951
perturbação obsessivo-compulsiva 285
perturbação persistente da perceção induzida por alucinogénios 636
perturbação psicótica devida a outra condição médica e 139
Ruminação. *Ver* Mericismo (perturbação de ruminação)

S

Shenjing shuairuo 990

Shubo-kyofu 291, 315
Síndrome das pernas inquietas 492-495
aspetos de diagnóstico relacionados com o género 494
características associadas que suportam o diagnóstico 493
características de diagnóstico 492
comorbilidades 495
consequências funcionais 494-495
critérios de diagnóstico 492
desenvolvimento e curso 493
diagnóstico diferencial 495
fatores de risco e de prognóstico 494
marcadores de diagnóstico 494
prevalência 493
relação com a *Classificação Internacional das Perturbações do Sono* 495
Síndrome de Down 44, 45, 51, 61, 457, 732, 949, 951
Síndrome de ingestão noturna 423-424
Síndrome de referência olfativa 293, 315, 992
desenvolvimento e curso 851
características de diagnóstico 850
diagnóstico diferencial 852-853
fatores de risco e de prognóstico 851
Síndrome de descontinuação de antidepressivos
características de diagnóstico 854
comorbilidades 855
desenvolvimento e curso 854
diagnóstico diferencial 854-855
prevalência 854
Síndrome de Rett 67
Síndrome dhat 988
Síndrome maligna dos neurolépticos 850-853
Síndrome psicótica atenuada 875
características associadas que suportam o diagnóstico 933
características de diagnóstico 932
comorbilidades 935
consequências funcionais 934
critérios de diagnóstico propostos 931
desenvolvimento e curso 933
diagnóstico diferencial 934-935
fatores de risco e de prognóstico 933
prevalência 933
Síndromes culturais 250, 256, 332, 905
Síndromes associadas à cultura 904
Sonambulismo. *Ver também* Perturbações da ativação do sono não REM
Susto 991

T

Tabagismo. *Ver* Perturbações relacionadas com o tabaco
Taijin kyofusho 992
Termos técnicos, glossário de 971
Terrores noturnos. *Ver também* Perturbações da ativação do sono não-REM
Tolerância aos efeitos das substâncias 986
Transe dissociativo 350, 367,368
Tremor induzido por medicamento/substância 599, 635, 646, 669, 672, 849
Tremor postural, induzido por medicamento 853
Tricotilomania 299-303
aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura 301
características associadas que suportam o diagnóstico 300-3001
características de diagnóstico 299-300
comorbilidades 302-303
consequências funcionais 301-302
critérios de diagnóstico 299
desenvolvimento e curso 301
diagnóstico diferencial 302
fatores de risco e de prognóstico 301
marcadores de diagnóstico 301
prevalência 301
Trúng gió 250, 256

V

Violência conjugal ou entre parceiros
física 862
sexual 863
Violência física
conjugal ou entre parceiros 862
Violência sexual
conjugal ou entre parceiros 863